



## DATI DA COMPILARE A CURA DELL'UFFICIO PERSONALE E DELL'INFERMIERE

 INFORTUNIO MANCATO INFORTUNIO

NUMERO: \_\_\_\_\_

## Dati anagrafici dell'infortunato

Cognome \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sesso: M F  
Codice fiscale: \_\_\_\_\_Residenza  
Città: \_\_\_\_\_ - Indirizzo: \_\_\_\_\_ - PR \_\_\_\_\_

Data di assunzione: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ - Qualifica: \_\_\_\_\_

Mansione abituale: \_\_\_\_\_ - Mansione operativa: \_\_\_\_\_

Esperienza specifica:  SÌ  NO

## Dati relativi all'infortunio

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Giorno settimanale: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ Ora del turno: \_\_\_\_\_

Straordinario: SÌ  NO  - Part time:  SÌ  NO

Luogo infortunio: \_\_\_\_\_

Descrizione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Testimoni: \_\_\_\_\_

Utilizzo mezzi di trasporto: SÌ  NO  - Targa \_\_\_\_\_ - Marca e modello \_\_\_\_\_Referto Pronto Soccorso:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Giorni di prognosi prima visita: \_\_\_\_\_ - DAL \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ AL \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_



DATI DA COMPILARE A CURA DEL R.S.P.P.

Caratteristiche della lesione

Agente lesione: \_\_\_\_\_ - Natura lesione: \_\_\_\_\_

sede lesione:

<p>indicare il punto della lesione con:</p> <p><input type="radio"/> <input type="triangle"/> <input type="checkbox"/> <input type="square"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>TIPO DI LESIONE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Corpo estraneo <span style="float: right;"><input type="radio"/></span></p> <p><input type="checkbox"/> Altro tipo di lesione agli occhi <span style="float: right;"><input type="radio"/></span></p> <p><input type="checkbox"/> Trauma</p> <p><input type="checkbox"/> Contusione</p> <p><input type="checkbox"/> Distorsione <span style="float: right;"><input type="triangle"/></span></p> <p><input type="checkbox"/> Strappo muscolare</p> <p><input type="checkbox"/> Lesione superficiale</p> <p><input type="checkbox"/> Ferita lacero contusa</p> <p><input type="checkbox"/> Ferita da puntura <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p><input type="checkbox"/> Frattura</p> <p><input type="checkbox"/> Amputazione</p> <p><input type="checkbox"/> Ustione <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p>
	<p style="text-align: center;"><b>TIPO DI INTERVENTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Medicazione da cassetta di pronto soccorso</p> <p><input type="checkbox"/> Medicazione infermeria interna</p> <p><input type="checkbox"/> Medico interno</p> <p><input type="checkbox"/> Ospedaliero (pronto soccorso)</p> <p><input type="checkbox"/> Squadra di primo soccorso</p>

**Dispositivi di protezione individuale in uso**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> guanti nitrile        | <input type="checkbox"/> occhiali di sicurezza |
| <input type="checkbox"/> guanti da lavoro      | <input type="checkbox"/> calzatura antiscivolo |
| <input type="checkbox"/> scarpe di sicurezza   | <input type="checkbox"/> camice monouso        |
| <input type="checkbox"/> protezioni auricolari | <input type="checkbox"/> mascherina            |
| <input type="checkbox"/> .....                 | <input type="checkbox"/> .....                 |

**Giorni totali di infortunio**

**Forme e modalità:**



**Dispositivi di protezione individuale previsti e consegnati**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> guanti nitrile        | <input type="checkbox"/> occhiali di sicurezza |
| <input type="checkbox"/> guanti da lavoro      | <input type="checkbox"/> calzatura antiscivolo |
| <input type="checkbox"/> scarpe di sicurezza   | <input type="checkbox"/> camice monouso        |
| <input type="checkbox"/> protezioni auricolari | <input type="checkbox"/> mascherina            |
| <input type="checkbox"/> .....                 | <input type="checkbox"/> .....                 |

**Cause dell'infortunio**

<input type="radio"/> Errata manovra	<input type="radio"/> Errore manovra altro operatore
<input type="radio"/> Mancato uso DPI	<input type="radio"/> Uso improprio DPI
<input type="radio"/> Distrazione	<input type="radio"/> Difficoltà di comunicazione
<input type="radio"/> Uso di macchine	<input type="radio"/> Mancanza di protezioni
<input type="radio"/> Protezioni rimosse	<input type="radio"/> Attrezzatura deteriorata / non idonea
<input type="radio"/> Scarsa illuminazione	<input type="radio"/> Mancato rispetto delle pratiche operative
<input type="radio"/> Condizioni particolari	<input type="radio"/> Assenza di pratiche operative
<input type="radio"/> Carenza formativa	<input type="radio"/> Opere provvisoriale non sufficienti
<input type="radio"/> Inciampo / scivolamento	<input type="radio"/> Errore manovra altro operatore
<input type="radio"/> Altre cause (specificare quali):	

**AZIONI DA INTRAPRENDERE PER IL NON RIPETERSI DELL'INFORTUNIO:**

--

**Team di AUDIT**

Cognome Nome	Ruolo	Firma