



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: _____

Esperienza specifica: ☐ SÌ ☐ NO

Dati relativi all'infortunio

Data: __ / __ / ____ Giornata settimanale: _____ Ora: _____ 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 __ / __ / ____

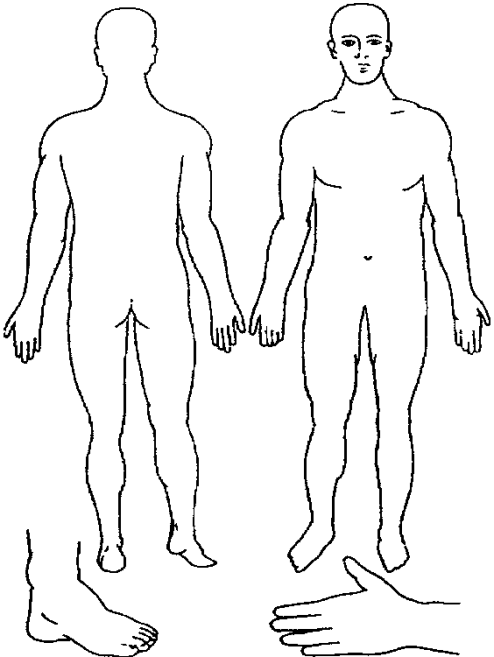


DATI DA COMPILARE A CURA DEL R.S.P.P.

Caratteristiche della lesione

Agente lesione: _____ - Natura lesione: _____

Sede lesione:

 indicare il punto della lesione con: ○ △ ⊗ □	TIPO DI LESIONE	
	☐ Corpo estraneo	○
	☐ Altro tipo di lesione agli occhi	
	☐ Trauma	
	☐ Contusione	
	☐ Distorsione	△
☐ Strappo muscolare		
☐ Lesione superficiale		
☐ Ferita lacero contusa		
☐ Ferita da puntura	⊗	
☐ Frattura		
☐ Amputazione		
☐ Ustione	□	
TIPO DI INTERVENTO		
☐ Medicazione da cassetta di pronto soccorso		
☐ Medicazione infermeria interna		
☐ Medico interno		
☐ Ospedaliero (pronto soccorso)		
☐ Squadra di primo soccorso		

Dispositivi di protezione individuale in uso

- | | |
|--|--|
| ☐ guanti nitrile | ☐ visiera |
| ☐ guanti da lavoro | ☐ camice monouso |
| ☐ scarpe di sicurezza | ☐ mascherina / facciale filtrante |
| ☐ calzatura antiscivolo | ☐ |
| ☐ protezioni auricolari | |
| ☐ occhiali di sicurezza | |

Giorni totali di infortunio

Dispositivi di protezione individuale previsti, disponibili e/o consegnati

- | | |
|--|--|
| ☐ guanti nitrile | ☐ visiera |
| ☐ guanti da lavoro | ☐ camice monouso |
| ☐ scarpe di sicurezza | ☐ mascherina / facciale filtrante |
| ☐ calzatura antiscivolo | ☐ |
| ☐ protezioni auricolari | |
| ☐ occhiali di sicurezza | |

**Cause dell'incidento**

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

AZIONI DA INTRAPRENDERE PER IL NON RIPETERSI DELL'INFORTUNIO:

--

Team di AUDIT

Cognome Nome	Ruolo	Firma