

**SCHEDA OPERATORE INFORTUNATO** (Da compilare a cura del dipendente)

Cognome/Nome \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_

data di nascita \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

U.O. Servizio \_\_\_\_\_

Data infortunio \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_ inizio turno \_\_\_\_\_

Qualifica	<input type="checkbox"/> Medico _____ Specificare tipologia di contratto (es. borsista, specializzando, ecc...)
	<input type="checkbox"/> Infermiere coordinatore <input type="checkbox"/> Infermiere
	<input type="checkbox"/> Tecnico di _____
	<input type="checkbox"/> OSS
	<input type="checkbox"/> OTAA
	<input type="checkbox"/> Assistente Sanitario
	<input type="checkbox"/> Lavoratore ditta esterna in appalto (specificare Nome Azienda) _____
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____

Tipo di Esposizione	<b>ESPOSIZIONE PERCUTANEA</b>
	<input type="checkbox"/> Puntura con ago ev.
	<input type="checkbox"/> Puntura con ago im.
	<input type="checkbox"/> Ferita profonda (spontaneamente sanguinante)
	<input type="checkbox"/> Lesione cutanea da tagliente (specificare l'oggetto): _____
	<input type="checkbox"/> Sangue in quantità visibile sul presidio implicato nell'incidente
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
	<b>CONTAMINAZIONE MUCOSA O CUTANEA</b>
	<input type="checkbox"/> Mucosa Congiuntivale <input type="checkbox"/> Mucosa Orale
	<input type="checkbox"/> Cute lesa (dermatiti, escoriazioni, screpolature, ecc...)
	<input type="checkbox"/> Cute integra
	<input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____
	NOTE: _____

**MATERIALE BIOLOGICO CON CUI SI È VENUTI A CONTATTO**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sangue (e altro materiale contenente sangue visibile)   | <input type="checkbox"/> Tessuti e/o frammenti ossei |
| <input type="checkbox"/> Liquidi (cerebro-spinale, sinoviale, pleurico, pericardico, amniotico, seminale, secrezione vaginale) | <input type="checkbox"/> Materiale di Laboratorio    |
| <input type="checkbox"/> Saliva, Vomito, Urina (solo se contaminati da sangue)   | <input type="checkbox"/> Altro: _____                |

**SEDE INFORTUNATA**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mano dx (specificare dito): _____                |   |
| <input type="checkbox"/> Mano sx (specificare dito): _____                |   |
| <input type="checkbox"/> Mucosa congiuntivale (specificare occhio): _____ | <input type="checkbox"/> Altro specificare: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mucosa labiale                                   |   |

**DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE UTILIZZATI DURANTE L'INFORTUNIO:**

- |   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nessuno                    | <input type="checkbox"/> Guanti                   | <input type="checkbox"/> Occhiali di protezione | <input type="checkbox"/> Schermo protettivo facciale |
| <input type="checkbox"/> Mascherina chirurgica      | <input type="checkbox"/> Camice sopra alla divisa |   |  |
| <input type="checkbox"/> Altro (specificare): _____ |   |   |  |

Attività durante la quale si è verificato l'infortunio (specificare): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data compilazione scheda: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ Firma del Lavoratore: \_\_\_\_\_

**DATA E FIRMA DEL PREPOSTO\* PER PRESA VISIONE:** \_\_\_\_\_

\* Responsabile medico, infermieristico, ostetrico, tecnico, della riabilitazione o della prevenzione dell'U.O./Servizio dell'operatore infortunato