

SCHEMA DI RELAZIONE SANITARIA

AZIENDA :.....

SEDE LEGALE:

STABILIMENTO:.....

COMPARTO PRODUTTIVO :.....

LAVORAZIONE (breve descrizione del ciclo produttivo):

.....

.....

MEDICO COMPETENTE:

INDIRIZZO:..... **TEL:**.....

Accertamenti Sanitari relativi all'anno :.....

Dipendenti e Soci Totali (comunicati dall'azienda e riferiti alla data del/...../.....) : n°

Totale lavoratori soggetti agli Accertamenti Sanitari, n°.....

Distribuzione dei Lavoratori per Reparti / Mansioni

Reparto Mansione	n° lavoratori addetti	n° lavoratori Visitati	n° lavoratori Idonei	n° lavoratori Non idonei	n° lavoratori Idonei con limitazioni

Lavoratori non visitati (n° e motivo):.....

Programma di accertamenti sanitari applicato per ogni Reparto / Mansione

Reparto / Mansione	Principali rischi presenti *	Periodicità Visita Medica	Esami Integrativi	Periodicità Es. Integrativi

* per il rumore specificare i LEP per reparto/mansione

Risultati degli Esami Audiometrici

(compilare lo schema sottostante, utilizzando la classificazione Klockhoff modificata Merluzzi in riferimento all'orecchio peggiore)

Reparto / Mansione	Classi di appartenenza								Totale
	0	1	2	3	4	5	6	7	

Lavoratori con classificazione invariata rispetto al precedente controllo n°:

Lavoratori con classificazione peggiorata rispetto al controllo precedente n°:

Lavoratori sottoposti per la prima volta ad Esame Audiometrico n°:

Legenda audiometrie:

- 0 = Normoacusia
- 1 = Ipoacusia da rumore di primo grado
- 2 = Ipoacusia da rumore di secondo grado
- 3 = Ipoacusia da rumore di terzo grado
- 4 = Ipoacusia da rumore di quarto grado
- 5 = Ipoacusia da rumore di quinto grado
- 6 = Danno uditivo da rumore più altra causa
- 7 = Danno uditivo non da rumore

Considerazioni complessive sui risultati degli esami audiometrici

.....

.....

.....

.....

Risultati degli Esami Spirometrici

(compilare lo schema sottostante, specificando i valori di riferimento e i criteri di classificazione utilizzati)

.....

Reparto / Mansione	Classi di appartenenza								Totale

Legenda spirometrie (specificare in modo chiaro e comprensibile a quale quadro corrisponde il numero di classe indicato nello schema soprastante):

- _____ = _____
- _____ = _____
- _____ = _____
- _____ = _____
- _____ = _____
- _____ = _____
- _____ = _____
- _____ = _____
- _____ = _____
- _____ = _____

Disturbi respiratori soggettivi riferiti nel lavoro (n° e tipologia):

.....

**Considerazioni complessive sui risultati degli accertamenti relativi all'app. respiratorio
 anche in riferimento a eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti**

.....

Risultati degli Esami del Monitoraggio Biologico

(compilare le voci e lo schema sottostante per ogni indicatore biologico utilizzato)

Inquinante ambientale:

Indicatore biologico utilizzato:

Momento del prelievo:

Valori di riferimento per la popolazione non esposta (VR) (specificando unità di misura ed ente proponente):.....

Valore Limite Biologico o BEI (specificando unità di misura ed ente proponente):

Laboratorio che ha eseguito l'analisi:.....

Reparto / Mansione	Periodo di riferimento (semestre, anno)	lavoratori esaminati n°	Valore Medio ottenuto	n° casi inferiori ai VR	n° casi tra VR e valore limite	n° casi superiori ai valori limite

Inquinante ambientale:

Indicatore biologico utilizzato:

Momento del prelievo:

Valori di riferimento per la popolazione non esposta (VR) (specificando unità di misura ed ente proponente):.....

Valore Limite Biologico o BEI (specificando unità di misura ed ente proponente):

Laboratorio che ha eseguito l'analisi:.....

Reparto / Mansione	Periodo di riferimento (semestre, anno)	lavoratori esaminati n°	Valore Medio ottenuto	n° casi inferiori ai VR	n° casi tra VR e valore limite	n° casi superiori ai valori limite

Considerazioni complessive sui risultati degli esami di monitoraggio biologico

.....

.....

.....

Monitoraggio Biologico del Piombo Inorganico

REPARTI CON ESPOSTI A PIOMBO	N° FEMMINE	N° MASCHI	TOTALE ESPOSTI
TOTALE			

RISULTATI PIOMBEMIE (mcg% ml)

PERIODICITA	LAVORATORI	0-20	21-40	41-50	51-60	61-70	>70
I °SEMESTRE	MASCHI						
	FEMMINE						
II° SEMESTRE	MASCHI						
	FEMMINE						
•VALORI PbE Min/Max	MASCHI						
	FEMMINE						
TOTALE ESAMI	MASCHI						
	FEMMINE						

NOTE: Riportare per ogni casella il numero di esami compresi nel range di piombemia indicato nella colonna, distinti per sesso

•Riportare per ogni casella il valore minimo e il valore massimo di piombemia

Allontanamenti dall'esposizione a piombo ai sensi dell' art. 72 decies Dlgs 626/94:

Risultati dell'esame clinico – funzionale del rachide

in lavoratori esposti a rischi per il rachide (es. movimentazione manuale di carichi, vibrazioni)

Reparto / Mansione	nella norma n°	SAP rachide cervicale			SAP rachide dorsale			SAP rachide lombosacrale			Totale	N° lavoratori con lombalgia acuta negli ultimi 12 mesi
		1°	2°	3°	1°	2°	3°	1°	2°	3°		

Legenda (specificare in modo chiaro e comprensibile il significato della classificazione delle spondiloartropatie):

SAP 1° = _____

SAP 2° = _____

SAP 3° = _____

Considerazioni complessive sui risultati degli accertamenti relativi al rachide

.....

.....

.....

Risultati dell'esame clinico – funzionale degli arti superiori

in lavoratori potenzialmente esposti al rischio da movimenti o sforzi ripetitivi o da vibrazioni al sistema mano-braccio

Reparto / Mansione	nella norma n°	Disturbi o Alterazioni alla spalla n°	Disturbi o Alterazioni a gomito e braccio n°	Disturbi o Alterazioni a mano e polso n°	Totale

Considerazioni complessive sui risultati degli accertamenti relativi all'arto superiore

.....

.....

.....

Risultati degli esami Chimico – Clinici

Reparto / Mansione	Emocromo		Funzionalità epatica		Funzionalità renale		Altri :	
	n° esami totali	n° tot. esami alterati	n° esami totali	n° tot. esami alterati	n° esami totali	n° tot. esami alterati	n° esami totali	n° tot. esami alterati

Considerazioni complessive sui risultati degli esami chimico-clinici

.....

.....

.....

Altri disturbi o alterazioni potenzialmente correlabili al lavoro (n° e tipologia)

.....

.....

.....

Risultati di altri accertamenti

Tipo di accertamento	Reparto/mansione	N. soggetti esaminati	N. casi alterati

Considerazioni complessive sui risultati degli accertamenti riportati in tabella

.....

.....

.....

Eventuali ulteriori accertamenti di approfondimento (esami e visite specialistiche) richiesti dal medico competente nell'ambito della sorveglianza sanitaria per valutare idoneità alla mansione specifica e/o patologie lavoro-correlate (n° e tipologia):

.....
.....

Malattie Professionali denunciate nel corso dell' anno:

N°..... per

N°..... per

N°..... per

Considerazioni finali

(riportare una valutazione complessiva sui risultati degli accertamenti sanitari eseguiti, in particolare in relazione a eventuali variazioni rispetto agli anni precedenti, e i conseguenti suggerimenti preventivi)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data _____

Il Medico Competente
Timbro e Firma