

Questionario anamnestico per la sorveglianza sanitaria dei lavoratori

QUESTIONARIO **1**

La/il sottoscritta/o _____

nat. a _____ () il ____ / ____ / ____

dipendente dell'azienda _____ con la mansione di: _____

nell'ambito della visita del medico competente finalizzata ad ottenere l'idoneità alla mansione

DICHIARA

in relazione agli stati patologici di seguito elencati, che: *(barrare la voce che risponde a VERO)*

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| • Attualmente assume farmaci?
(se SI quali: _____) | SI | NO |
| • Ha mai avuto ricoveri o interventi chirurgici?
(se SI perchè: _____) | SI | NO |
| • Soffre o ha sofferto di malattie dell'apparato cardiocircolatorio?
(se SI quali: _____) | SI | NO |
| • Soffre di diabete?
(se SI specificare se insulinodipendente SI - NO) | SI | NO |
| • Soffre o ha sofferto di malattie endocrine?
(se SI quali: _____) | SI | NO |
| • Soffre o ha sofferto di malattie neurologiche?
(se SI quali: _____) | SI | NO |
| • Soffre o ha sofferto di turbe e/o patologie psichiche?
(se SI quali: _____) | SI | NO |
| • Ha fatto o fa uso di sostanze psicoattive? (stupefacenti, farmaci)
(se SI quali: _____) | SI | NO |
| • Ha fatto o fa uso abituale di alcolici? | SI | NO |
| • Soffre o ha sofferto di epilessia o di crisi convulsive? | SI | NO |
| • Soffre o ha sofferto di malattie del sangue?
(se SI quali: _____) | SI | NO |
| • Soffre o ha sofferto di malattie renali gravi - insufficienza renale?
(se SI quali: _____) | SI | NO |
| • Ha subito un infortunio durante l'attività lavorativa?
(se SI specificare per quale infermità: _____) | SI | NO |
| • Ha contratto una malattia professionale?
(se SI specificare quali infermità: _____) | SI | NO |
| • E' stato riconosciuto invalido?
(se SI specificare per quale infermità: _____) | SI | NO |
| • Soffre o ha sofferto di altri disturbi non specificati in questo questionario?
(se SI specificare quali: _____) | SI | NO |

D A T A _____ **FIRMA DEL LAVORATORE** _____

Dichiaro inoltre:

- di aver compreso tutti i quesiti postimi e che quanto dichiarato nella presente autocertificazione corrisponde a verità;
- che il medico competente ha fornito informazioni sul significato e sui risultati degli accertamenti sanitari cui sono stato sottoposto, sui rischi realtivi alla mia mansione specifica e sulle misure di protezione da adottare;
- di impegnarmi ad informare il medico competente ogni qualvolta intervengano modificazione di rilievo del mio stato di salute;
- di essere a conoscenza dei contenuti dell'art. 41, comma 9, del D.Lgs. 81/2008 ("avverso il giudizio espresso è ammesso ricorso, entro 30 giorni dalla data di comunicazione del giudizio medesimo, all'organo di vigilanza competente per territorio");
- Dichiaro inoltre di essere stato correttamente informato dal medico competente circa i propri diritti e il trattamento cui sono destinati i propri dati raccolti, ai sensi dell'art. 7 e 13 del D.Lgs. 196/03.

D A T A _____ **FIRMA DEL LAVORATORE** _____