

● **SILICOSI E ASBESTOSI**

ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA
CONTRO LA SILICOSI E L'ASBESTOSI
T.U. delle disposizioni per l'assicurazione
obbligatoria contro gli infortuni e le malattie
professionali (DPR 30-6-1985, n. 1124)
Legge 27/12/75 n. 780

SCHEMA PERSONALE PER VISITA MEDICA (Periodica di Controllo)

(Art. 157 del DPR 30/6/1985 N. 1124)

1) LAVORATORE (Cognome e nome a stampatello) N. matr. Età.....Sesso M/F Nato il Nel Comune di.....Prov..... Residente aProv..... Località o via N.....		2) DATORE DI LAVORO Impresa (Cognome e nome a stampatello) Luogo dei lavori: ComuneProv..... Località o via n..... Natura dell'industria..... Lavorazione cui è o deve essere adibito il lavoratore Con le mansioni di	
3) Anamnesi Lavorativa (*) 3 a) Anamnesi Personale (*)			
GODE DI PENSIONE PER SILICOSI SI NO Data di concessione GRADO IN %		VACCINAZIONE ANTITETANICA Data dell'Ultima vaccinazione.....	
4) ESAME CLINICO COSTITUZIONE: Normol, Longil, Brevil COND. GEN.: Ottime, Buone, Discr., Scand. COLORITO MUCOSE: Roseo, Pallido MUSCOLATURA: Tonica, Ipoton. Iperton, Ipertron. Ipostrof, Trofica, Ipertrif. PANNIC. ADIPOSITO: Abbond,, Norm., Scarzo		Peso Kg..... Alt. Cm..... P t e o r r i a m c e i t c r o o Alla fine di normale Espirazione cm..... Massimo inspiratorio cm..... Minimo espiratorio cm.....	
		LINFOGHIANDOLARE PELLE E ANNESSI SCHELETRO	
CAPO OCCHI NASO BOCCA		OROFARINCE TONSILLE TONO DELLA VOCE	
APPARATO RESPIRATORIO Atti respiratori al minuto n. Esiste dispnea da sforzo? Bronchi – Polmoni – Pleure Eventuale esame dell'escreato:		APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO POLSO: Frequenza..... Caratteri CUORE VASI Mx P.A.	
		ADDOME Fegato Milza APPARATO UROGENITALE ERNIE	

		Mn	
ARTI VARICI		SISTEMA NERVOSO	
5) ESAME RADIOLOGICO DEL TORACE (A) SCHERMOGRAFIA N. Data Radiologo (B) Residenza Luogo dell'accertamento Reperto SIGLATURA BIT		TELERADIOGRAFIA N. Data..... Radiologo (B) Residenza Luogo dell'accertamento Reperto SIGLATURA BIT	
STRATIGRAFIA			
SIGLATURA BIT			
ESAMI FUNZIONALI CARDIORESPIRATORI			
ALTRI ESAMI COMPLEMENTARI			
8) DIAGNOSI Esiste Silicosi Polmonare? Conclamata SI NO Sospetta SI NO Esiste tubercolosi polmonare? SI NO In fase attiva? SI NO Asbestosi Altre eventuali malattie che controindicano la lavorazione: Altre osservazioni: 9) GIUDIZIO CONCLUSIVO Il lavoratore è risultato fisicamente IDONEO (1) Il lavoratore è risultato affetto da silicosi/asbestosi Conclamata SI NO Sospetta SI NO N.B. Nel caso di tbc polmonare in fase attiva, associata o non a silicosi o asbestosi, il lavoratore non può essere assunto o permanere nelle lavorazioni di cui alla tabella succitata (art. 157, quarto comma del DPR 30-6-1965, n. 1124). Controindicazioni e consigli: La precedente visita medica d'assunzione di controllo è stata effettuata il..... Data Firma del medico..... Qualifica..... (indicare se medico di fabbrica) Indirizzo..... Ente di appartenenza..... (1) il giudizio deve essere riferito alla "generica idoneità al lavoro" (2) l'idoneità dovrà essere negata sempre nel caso previsto dalla legge Negli altri casi il giudizio di non idoneità sempre sotto la responsabilità del medico, dovrà trovare valida motivazione nei risultati dell'esame clinico particolarmente in quanto indicato alla voce "altre eventuali malattie che controindicano la lavorazione".			
DECISIONE DEL COLLEGIO MEDICO a seguito visita medica collegiale (art. 157 del DPR 30-6-1965, N. 1124)			
Data..... L'ispettorato del Lavoro			
a) Far seguire teleradiogramma allo schermogramma nel caso che questo ultimo non consenta l'accertamento dei requisiti specifici di idoneità fisica di cui all'art. 157 del DPR 30-6-1965 N. 1124 (ART. 160 del citato DPR) b) Ente che ha eseguito l'accertamento			

ASSICURAZIONE CONTRO LA SILICOSI E L'ASBESTOSI

T.U. delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni
e le malattie professionali – D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124

Alla Ditta

.....

Al Signor¹

.....

All'Ispettorato del Lavoro ²

.....

Si attesta che dagli esami clinico-radiologici eseguiti il giorno

Il lavoratore

Nato a il addetto 3
da adibirsi

al lavoro di

 CONCLAMATA

 SOSPETTA

è risultato $\frac{\text{affetto da silicosi o asbestosi}}{\text{fisicamente idoneo}}$

☐ NO

SI

☐ NO

Data,

IL MEDICO

.....

(*firma*)

.....

(indirizzo)

.....

(Ente di appartenenza)

¹ Cognome, nome e indirizzo del lavoratore.

² Da trasmettere nel solo caso che il lavoratore sia risultato affetto da silicosi o asbestosi.

³ Cancellare la dicitura che non interessa.