



AREA DELLE FUNZIONI DI STAFF ALLA DIREZIONE GENERALE  
IL MEDICO COMPETENTE

# CARTELLA SANITARIA e di RISCHIO

*(Allegato 3A, D.Lgs. 81/2008,  
come modificato dal D.M. 9 luglio 2012)*

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

**INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO**  
[Fonte: D.M. 9 luglio 2012, integrata]

- (1) Indicare Comune e Provincia, indirizzo, recapito telefonico
- (2) Riferita a comparto / lavorazione / codice categoria naviglio
- (3) I dati di questa sezione sono forniti dal Datore di lavoro (indicare il n. dell'allegato)
- (4) Specificare quali fattori di rischio, indicando anche, nei casi previsti dalla normativa vigente, i livelli di esposizione individuale forniti dal datore di lavoro  
Per gli agenti cancerogeni indicare anche il numero CAS (Chemical Abstract Service), il tipo (sostanza, preparato o processo di cui all'allegato XLIII D. Lgs. 81/08 "*Valori limite di esposizione professionale*") e il valore dell'esposizione.
- (5) Specificare, con riferimento all'intera storia lavorativa del soggetto, comparti/lavorazioni svolte, relativo periodo e principali rischi riferiti dal lavoratore e tipologia contrattuale
- (6) Indicare sempre tipologia di invalidità (lavorativa o civile), malattie professionali riconosciute, tipologia e anno infortuni riferiti dal lavoratore
- (7) Elencare gli accertamenti eseguiti riportando in forma sintetica i risultati e allegando alla cartella i relativi referti
- (8) Indicare gli eventuali provvedimenti adottati dal medico competente quali ad esempio primo certificato medico di malattia professionale ai sensi dell'art. 53 del D.P.R. 1124/1965, segnalazione di malattia professionale ex art. 139 D.P.R. 1124/1965, lettere al medico curante, ecc.
- (9) Ai sensi dell'art. 41, c. 6
- (10) Specificare la tipologia di visita





## ANAMNESI FISIOLÓGICA

Stato civile  celibe/nubile  coniugato/a  divorziato/separato  vedovo/a n. figli \_\_\_\_\_

Scolarità  elementare  media inf  profess.  media sup.  laurea

Menarca ad anni \_\_\_\_\_ Menopausa ad anni \_\_\_\_\_

Cicli successivi  regolari  irregolari  dismenorrea

N. gravidanze: \_\_\_\_\_ . N. Aborti spontanei: \_\_\_\_\_ . Note: \_\_\_\_\_

Fumo di sigaretta  non fumatore  fumatore n. \_\_\_\_\_ sigarette / die per n. \_\_\_\_\_ anni

ex fumatore, ha smesso n. \_\_\_\_\_ anni fa e ha fumato n. \_\_\_\_\_ sigarette / die per n. \_\_\_\_\_ anni

Alcolici  astemio

Vino  No  occasionale  = < 1 bicchiere / die  > 1 bicchiere / die

Super alcolici  No  occasionale  = < 1 bicchierino / die  > 1 bicchierino / die

Alvo: \_\_\_\_\_ Diuresi: \_\_\_\_\_

Ritmo sonno / veglia \_\_\_\_\_

Alimentazione e Digestione: \_\_\_\_\_

Farmaci assunti:  nessuno  Terapia in atto con: \_\_\_\_\_

### Anamnesi vaccinale e cuti reattività

HBV  non vaccinato  vaccinato (data completamento \_\_\_\_\_)  immunità naturale

Note: \_\_\_\_\_

Tubercolosi  non vaccinato  vaccinato (data completamento \_\_\_\_\_)  non noto

Note: \_\_\_\_\_

Mantoux Data: \_\_\_\_\_  negativa  positiva  non eseguita

Note: \_\_\_\_\_

Altre vaccinazioni \_\_\_\_\_



## ESAME OBIETTIVO

Statura | \_\_\_\_\_ cm    Peso | \_\_\_\_\_ Kg.    Costituzione \_\_\_\_\_

Cute e annessi: \_\_\_\_\_

Pannicolo adiposo e muscolatura: \_\_\_\_\_

Linfoghiandole superficiali: \_\_\_\_\_

Occhi: \_\_\_\_\_

Lingua, faringe, tonsille e dentatura : \_\_\_\_\_

Collo e Tiroide: Alterazioni No  Si  \_\_\_\_\_

Torace: Alterazioni No  Si  \_\_\_\_\_

Apparato Cardiovascolare: F.C. | \_\_\_\_\_ | /min    P.A. max | \_\_\_\_\_ | P.A. min | \_\_\_\_\_ |

Alterazioni No  Si  \_\_\_\_\_

Addome e organi ipocondriaci: Alterazioni    No  Si  \_\_\_\_\_

Apparato Urogenitale: Alterazioni    No  Si  \_\_\_\_\_

Apparato Muscoloscheletrico: Alterazioni    No  Si  \_\_\_\_\_

Sistema Nervoso e Psiche: Alterazioni No  Si

### ACCERTAMENTI INTEGRATIVI<sup>7</sup>

## VALUTAZIONE DI PROBABILE CONDIZIONE DI ALCOOL-DIPENDENZA

### ANAMNESI

Tipo bevanda alcolica	MAI	Età inizio (aa.)	USO ATTUALE		Quantità e Periodicità di uso attuale	
			NO	SI	Bicchieri/giorno	giorni/settimana
Vino						
Birra						
Aperitivi/Digestivi						
Super-alcolici						

QUESTIONARIO C.A.G.E.	SI	NO
Hai mai pensato di dover ridurre la quantità di alcool che abitualmente beve?		
Le persone l'hanno mai irritata criticandola perché beve?		
Si è mai sentito malvagio o in colpa perché beve?		
Come prima cosa, ha mai bevuto alcolici al mattino per distendere i nervi o per sbarrarsi dei postumi di una sbornia		

### ESAMI DI LABORATORIO allegati alla cartella sanitaria e di rischio

MCV:  Normale (N)  Alterato (A) GOT:  N  A GPT:  N  A G-GT:  N  A CDT:  N  A

Note: \_\_\_\_\_

### CONCLUSIONI

Prescrizione di ulteriori accertamenti specialistici / esami di laboratorio \_\_\_\_\_

Assenza di probabile condizione di alcolidip.     Sospetto di probabile condizione di alcolidip.

ASL Roma 3  
Via F. Paolini n.34  
00122 Roma

[www.aslroma3.it](http://www.aslroma3.it)  
C.F.-P.IVA 04733491007

Tel 06 5648.3151/3149/3148/3147/3146  
Fax 06 5648.3150/3152  
e-mail [medicocompetente@aslroma3.it](mailto:medicocompetente@aslroma3.it)

**EVENTUALI ULTERIORI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI RICHIESTI**

---

---

---

---

---

**VALUTAZIONI CONCLUSIVE E CONSIGLI**

---

---

---

---

**EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE<sup>8</sup>:** \_\_\_\_\_

---

**GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA<sup>9</sup>**

Idoneo

Idoneo con prescrizioni: .....

.....

Idoneo con limitazioni: .....

.....

Inidoneo temporaneamente per mesi .....

Inidoneo permanentemente

Scadenza visita medica successiva \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Medico Competente

\_\_\_\_\_

**VISITA MEDICA SUCCESSIVA<sup>10</sup>**

**Data visita** \_\_\_\_\_

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Periodica            | <input type="checkbox"/> Idoneità per cambio mansione  |
| <input type="checkbox"/> Fine rapporto lavoro | <input type="checkbox"/> Su richiesta del lavoratore   |
| <input type="checkbox"/> Altro                | <input type="checkbox"/> Al rientro al lavoro dopo 60 gg. di assenza continuativi per motivi di salute |

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DATI OCCUPAZIONALI<sup>3</sup>**

Reparto: \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Mansione specifica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Fattori di rischio<sup>(4)</sup>     Invariati rispetto ai precedenti controlli
- Eventuali variazioni*.....  
.....

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**RACCORDO ANAMNESTICO**

**Anamnesi fisiologica**

Variazioni intervenute \_\_\_\_\_

Fumo:  invariato     variazioni \_\_\_\_\_

Alcolici:  invariato     Variazioni \_\_\_\_\_

Alvo: \_\_\_\_\_

Diuresi: \_\_\_\_\_

Ritmo sonno / veglia: \_\_\_\_\_

Alimentazione e Digestione: \_\_\_\_\_

Farmaci assunti:  Nessuno     Terapia in atto con: \_\_\_\_\_



## ESAME OBIETTIVO

Statura | \_\_\_\_\_ cm    Peso | \_\_\_\_\_ Kg.    Costituzione \_\_\_\_\_

Cute e annessi: \_\_\_\_\_

Pannicolo adiposo e muscolatura: \_\_\_\_\_

Linfoghiandole superficiali: \_\_\_\_\_

Occhi: \_\_\_\_\_

Lingua, faringe, tonsille e dentatura : \_\_\_\_\_

**Collo e Tiroide:** Alterazioni No  Si  \_\_\_\_\_

**Torace:** Alterazioni No  Si  \_\_\_\_\_

**Apparato Cardiovascolare:** F.C. | \_\_\_\_\_ /min    P.A. max | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | P.A. min | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Alterazioni No  Si  \_\_\_\_\_

**Addome e organi ipocondriaci:** Alterazioni    No  Si  \_\_\_\_\_

**Apparato Urogenitale:** Alterazioni    No  Si  \_\_\_\_\_

**Apparato Muscoloscheletrico:** Alterazioni    No  Si  \_\_\_\_\_

Sistema Nervoso e Psiche: Alterazioni No  Si

### ACCERTAMENTI INTEGRATIVI

## VALUTAZIONE DI PROBABILE CONDIZIONE DI ALCOOL-DIPENDENZA

### ANAMNESI

Tipo bevanda alcolica	MAI	Età inizio (aa.)	USO ATTUALE		Quantità e Periodicità di uso attuale	
			NO	SI	Bicchieri/giorno	giorni/settimana
Vino						
Birra						
Aperitivi/Digestivi						
Super-alcolici						

QUESTIONARIO C.A.G.E.	SI	NO
Hai mai pensato di dover ridurre la quantità di alcool che abitualmente beve?		
Le persone l'hanno mai irritata criticandola perché beve?		
Si è mai sentito malvagio o in colpa perché beve?		
Come prima cosa, ha mai bevuto alcolici al mattino per distendere i nervi o per sbarrarsi dei postumi di una sbornia		

### ESAMI DI LABORATORIO allegati alla cartella sanitaria e di rischio

MCV:  Normale (N)  Alterato (A) GOT:  N  A GPT:  N  A G-GT:  N  A CDT:  N  A

Note: \_\_\_\_\_

### CONCLUSIONI

Prescrizione di ulteriori accertamenti specialistici / esami di laboratorio \_\_\_\_\_

Assenza di probabile condizione di alcoldip.     Sospetto di probabile condizione di alcoldip.

**EVENTUALI ULTERIORI ACCERTAMENTI INTEGRATIVI RICHIESTI**

---

---

---

---

---

**VALUTAZIONI CONCLUSIVE E CONSIGLI**

---

---

---

---

**EVENTUALI PROVVEDIMENTI DEL MEDICO COMPETENTE<sup>8</sup>:** \_\_\_\_\_

---

**GIUDIZIO DI IDONEITÀ ALLA MANSIONE SPECIFICA<sup>9</sup>**

Idoneo

Idoneo con prescrizioni: .....  
.....

Idoneo con limitazioni: .....  
.....

Inidoneo temporaneamente per mesi .....       Inidoneo permanentemente

Scadenza visita medica successiva \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del Medico Competente

---

## CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. \_\_\_\_\_ allegati, viene consegnato al medico Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. \_\_\_\_\_ che  
cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. \_\_\_\_\_ allegati.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico subentrante

## CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. \_\_\_\_\_ allegati, viene consegnato al medico Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. \_\_\_\_\_ che  
cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. \_\_\_\_\_ allegati.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico subentrante

## CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. \_\_\_\_\_ allegati, viene consegnato al medico Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico uscente

\_\_\_\_\_

Dichiaro di ricevere dal Dott. \_\_\_\_\_ che cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. \_\_\_\_\_ allegati.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico subentrante

\_\_\_\_\_

## CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. \_\_\_\_\_ allegati, viene consegnato al medico Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico uscente

\_\_\_\_\_

Dichiaro di ricevere dal Dott. \_\_\_\_\_ che cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. \_\_\_\_\_ allegati.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico subentrante

\_\_\_\_\_

## CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. \_\_\_\_\_ allegati, viene consegnato al medico Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. \_\_\_\_\_ che  
cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. \_\_\_\_\_ allegati.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico subentrante

## CESSAZIONE DALL'INCARICO DEL MEDICO

Per cessazione dell'incarico, avvenuta il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ la presente cartella sanitaria e di rischio, completa di n. \_\_\_\_\_ allegati, viene consegnato al medico Dott. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico uscente

Dichiaro di ricevere dal Dott. \_\_\_\_\_ che  
cessa dall'incarico, il presente documento completo di n. \_\_\_\_\_ allegati.

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il medico subentrante

## CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO

Cessazione dell'attività dell'azienda / Risoluzione del rapporto di lavoro

La presente cartella sanitaria e di rischio viene inviata all'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza Lavoro ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett.f) del D.Lgs. 81/2008

Cessazione dell'attività dell'impresa, avvenuta il .....

Risoluzione del rapporto di lavoro, avvenuta il .....

La cartella sanitaria viene consegnata al lavoratore .....completa di n.....allegati ai sensi dell'art. 25, comma 1, lett. e) del D.Lgs. 81/2008.

Il lavoratore è stato informato riguardo la necessità di conservazione della cartella sanitaria e all'opportunità sottoporsi ad accertamenti sanitari anche dopo la cessazione dell'attività lavorativa ai sensi dell'art 25, comma 1, lett. h) del D.Lgs 81/2008.

Data .....

Il medico competente

.....

Il lavoratore

.....