

Modello C

Documento sanitario personale

(art. 140)

LAVORATORE Sesso ☐ M ☐ F

LUOGO E DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Datore di lavoro

Data di assunzione

Sede/i di
lavoro
.....
.....

Il presente documento sanitario personale è istituito per:

- ☐ esaurimento del documento precedente
- ☐ altri motivi

Il medico addetto alla sorveglianza sanitaria

.....

Il presente Documento Sanitario Personale è costituito da n° pagine.

Data

Il datore di lavoro

.....



VISITA MEDICA PREVENTIVA

1. DATI OCCUPAZIONALI[1]

Destinazione Lavorativa - Mansioni Rischi da R.I.

☐ Irradiazione esterna[2].....
.....☐ Irradiazione interna[3]

.....

Classificazione ☐ A ☐ B

Esposizione ad altri fattori di rischio per i quali la normativa vigente prevede la sorveglianza sanitaria.

☐ no☐ si[4]

2. ANAMNESI LAVORATIVA

Esposizioni precedenti a R.I. ☐ no ☐ siEsposizioni precedenti ad altri fattori di rischio ☐ no ☐ si[4]

dose accumulata per esposizione totale [5] mSv

di cui:

a) per esposizione accidentale mSv

b) per esposizione di emergenza mSv

c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

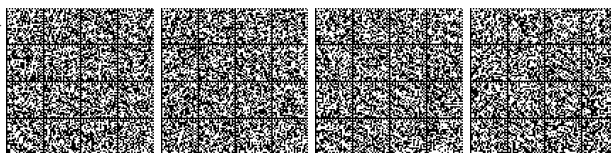
dose accumulata a parti del corpo [4] [5]
mSv

dose efficace impegnata [3] [5] mSv

data dell'incorporazione

Note:

1. I dati di questa sezione sono forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati).
2. Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio.
3. Specificare radionuclidi.
4. Specificare quali
5. Fornita dal datore di lavoro.



3. ANAMNESI FAMILIARE

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

4. ANAMNESI PERSONALE

.....
.....

Esposizione R.I. dovuta a trattamenti medici (indicare tipo di trattamento e dose se conosciuta).....

.....
.....

Infortuni - Traumi (lavorativi o extralavorativi)

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

Invalità riconosciute (I. civile INPS, INAIL, Ass.

Private)

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

Contemporanea esposizione al rischio da R.I. presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma

.....

Altre notizie

.....
.....

Data

il lavoratore

.....

5. Esame Clinico generale

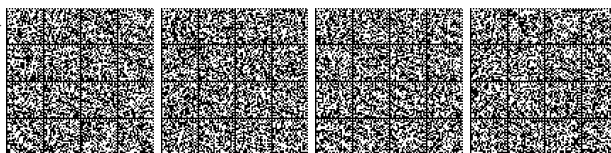
6. Accertamenti integrativi (specialistici e/o di laboratorio) (indicare gli accertamenti eseguiti e il n° di riferimento dei referti

allegati)

.....

7. Valutazioni conclusive (dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)

8. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti:



☐ Idoneo

☐ Idoneo con le seguenti condizioni

.....
.....

☐ Non idoneo.

Data

il lavoratore

il medico addetto alla sorveglianza sanitaria.

.....

Avverso il giudizio di cui sopra è ammesso ricorso al Ministero del lavoro e delle politiche sociali ai sensi dell'art. 145 del presente decreto legislativo, entro il termine di 30 giorni.

9. Giudizio di idoneità all'esposizione agli altri fattori di rischio indicati al punto 1:

☐ Idoneo

☐ Non Idoneo

Data

il lavoratore

il medico competente

.....

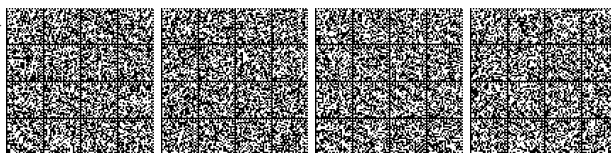
Avverso il giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio ai sensi dell'art. 41, comma 9 del D.Lgs. 9/04/2008, n.81, entro il termine di 30 giorni.

10. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

Il medico

.....



Da consegnare o inviare per via telematica al datore di lavoro

Il lavoratore in data

A) è stato sottoposto alla visita medica preventiva per esposizione alle R.I. come lavoratore di categoria

☐ A ☐ B con il seguente esito:

☐ idoneo

☐ idoneo con le seguenti condizioni

.....
.....

☐ non idoneo.

Da sottoporre a nuova visita medica il previa esecuzione dei seguenti accertamenti

Data

il medico addetto alla sorveglianza sanitaria

.....

B) è stato sottoposto alla visita medica preventiva per esposizione a (indicare i fattori di rischio)

con il seguente esito:

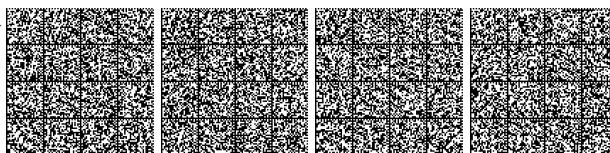
☐ Idoneo ☐ Non Idoneo

Da sottoporre a nuova visita medica il previa esecuzione dei seguenti accertamenti

Data

il medico competente

.....



VISITA MEDICA

- ☐ Periodica ☐ Straordinaria ☐ Eccezionale per ☐ Esposizione R.I.
☐ Esposizione altri fattori di rischio

motivazione:

- ☐ cambiamento mansioni
☐ controllo cessazione inidoneità
☐ su richiesta (specificare da chi)
☐ fine rapporto di lavoro o altri motivi

1. DATI OCCUPAZIONALI..... [1]

Variante Destinazione Lavorativa o mansione.....

Rischi da R.I.

- ☐ Irradiazione esterna..... [2]
☐ Irradiazione interna [3]

Classificazione lavoratore ☐ A ☐ B

Esposizione ad altri fattori di rischio

- ☐ no
☐ si [4]

2. DOSI comunicate dall'esperto di radioprotezione successivamente all'ultima visita medica

dose per esposizione totale mSv di cui:

- a) per esposizione accidentale mSv
 b) per esposizione di emergenza mSv
 c) per esposizione soggetta ad autorizzazione speciale mSv

dose a parti del corpo [4] mSv

dose efficace impegnata [3] mSv



Note:

- 1) Questa sezione va compilata in caso di variazione rispetto all'ultima visita medica con i dati forniti dal datore di lavoro (indicare n° degli allegati).
- 2) Specificare anche eventuali parti del corpo a maggior rischio.
- 3) Specificare i radionuclidi.
- 4) Specificare quali.

3. ANAMNESI INTERCORRENTE

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

Esposizione R.I. dovuta a trattamenti medici (indicare tipo di trattamento e dose se conosciuta)

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

Infortuni - Traumi (lavorativi o extralavorativi)

.....
.....

Riconoscimenti di invalidità

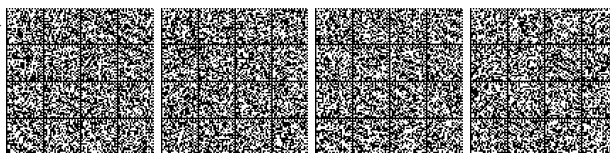
.....
.....

Contemporanea esposizione al rischio da R.I. presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma

.....
.....

il lavoratore

.....



4. Esame obiettivo (con particolare riferimento ad eventuali modificazioni rispetto alla visita precedente)
5. Accertamenti integrativi (specialistici e/o di laboratorio) (indicare gli accertamenti eseguiti e riportare il n. di riferimento dei referti allegati)
6. Valutazioni conclusive (dei dati clinico-anamnestici e dei risultati degli accertamenti integrativi, in relazione ai rischi occupazionali)
7. Giudizio di idoneità all'esposizione alle radiazioni ionizzanti:
- ☐ idoneo
- ☐ idoneo con le seguenti condizioni.....
- ☐ non idoneo
- ☐ Lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione[1]

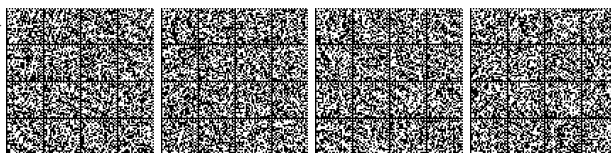
Nota [1]: indicare se è necessario o meno proseguire la sorveglianza sanitaria, indicando le modalità in caso di necessità di prosecuzione

Data

Il lavoratore

Il medico addetto alla sorveglianza sanitaria

Avverso il giudizio di cui sopra è ammesso ricorso al Ministero del lavoro e delle politiche sociali ai sensi dell'art. 145 del presente decreto legislativo, entro il termine di 30 giorni.



8. Giudizio d'idoneità all'esposizione agli altri fattori di rischio indicati al punto 1:

☐ Idoneo

☐ Non Idoneo

☐ Idoneo con le seguenti
condizioni.....

☐ Temporaneamente non idoneo fino a

Data

Il lavoratore

Il medico competente

Avverso il giudizio di cui sopra è ammesso ricorso all'organo di vigilanza competente per territorio ai sensi dell'art. 41, comma 9 del D.Lgs. 9/04/2008, n. 81, entro il termine di 30 giorni.

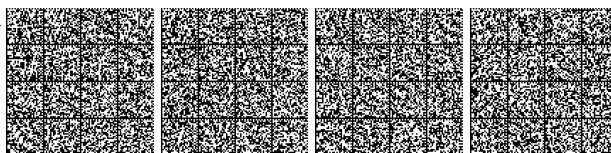
9. TRASMISSIONE DEL GIUDIZIO AL DATORE DI LAVORO

effettuata il a mezzo

Il medico

Da consegnare al datore di lavoro

Il lavoratore



A) classificato in categoria ☐ A ☐ B

è stato sottoposto in data alla visita medica di idoneità per l'esposizione alle R.I. con il seguente esito:

☐ idoneo

☐ idoneo con le seguenti condizioni
.....

☐ non idoneo e pertanto si richiede l'allontanamento dall'esposizione.

☐ lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo la cessazione dell'esposizione.....[1]

.....

Da sottoporre a nuova visita medica ilprevia esecuzione dei seguenti accertamenti

.....

Nota [1]: indicare se è necessario o meno proseguire la sorveglianza sanitaria, indicando le modalità in caso di necessità di prosecuzione

Data..... Il medico addetto alla sorveglianza sanitaria

.....

B) è stato sottoposto in data alla visita medica
per esposizione a (indicare i fattori di rischio)
.....con il seguente esito:

☐ Idoneo

☐ Non Idoneo

☐ Idoneo con le seguenti condizioni
.....

☐ Temporaneamente non idoneo fino a

Da sottoporre a nuova visita medica il previa esecuzione dei seguenti accertamenti

Data Il medico competente

.....

