

TIPO DI EVENTO

Infortunio ☐

Quasi-Infortunio ☐

Incidente ☐

Quasi-Incidente ☐

IMPIANTO / UNITA' LOCALE : _

- DATA EVENTO : ___/___/___

- DATI RELATIVI AL LAVORATORE EVENTUALMENTE INFORTUNATO -

Cognome :	
Nome :	
Mansione :	
Ditta di appartenenza :	

- DATI RELATIVI ALL' EVENTO -

- Luogo dove si è verificato l'evento (Reparto / Area) : _____

- L'evento è avvenuto alle ore :___:___, nel turno di lavoro (giornaliero, opp. 1°, 2° o 3°) _____

- Descrizione dell'evento (cause, circostanze, modalità di accadimento) :

--

- In caso di Infortunio, l'infortunato ha abbandonato il lavoro ?

☐ **sì** (alle ore __:__); ☐ **no** .

- Tipologia di lavorazione che stava svolgendo il lavoratore :

(es. produzione, manutenzione, pulizia, conduzione mezzo di trasporto, ...)

--

- Era il suo lavoro consueto ? ☐ **sì** , ☐ **sì (saltuariamente)** ☐ **no** .

- Al momento dell'evento che cosa stava facendo in particolare il lavoratore ?

(es. usava il martello, stava guidando, ...)

--

- Che cosa è successo di imprevisto che ha fatto accadere l'evento ?

(es. si è rotto un cavo, ha perso l'equilibrio, ha perso il controllo del mezzo, ...)

--

- **In conseguenza di ciò che cosa è avvenuto ?**

(es. shock elettrico, schiacciato dal mezzo di trasporto, caduto al suolo, ...)

- **Agente materiale che ha causato l'evento :**

(es. macchina, attrezzatura, utensile, prodotto chimico, insetto, ...)

In caso di Infortunio

- **Tipo di lesione :**

(es. taglio, abrasione, ustione, frattura, puntura insetto, ...)

- **Sede della lesione :**

(es. mano destra, 1° dito piede sinistro, torace, ...)

- **Diagnosi :**

(riportare quanto indicato sul Primo certificato medico rilasciato dal Pronto Soccorso, alla voce Diagnosi)

- **Prognosi :**

(riportare il "n° di giorni di inabilità al lavoro" indicati sul Primo certificato medico, alla voce Prognosi) _ .

- **Nel momento in cui si è verificato l'infortunio, il dipendente infortunato indossava correttamente tutti i DPI previsti per la fase di lavoro che stava svolgendo ?** ☐ sì ☐ no ;

➤ in caso di risposta "no" indicare quali DPI previsti per quella fase lavorativa il dipendente **non** indossava nel momento in cui si è infortunato; specificare anche se in quel momento il dipendente stava utilizzando qualche DPI in modo non corretto : (es. elmetto, mascherina, occhiali, cuffie/tappi, non correttamente indossati, oppure guanti con maniche accorciate/risvoltate, tute in tyvek con cerniera non completamente chiusa, scarpe slacciate,)

- **Specificare quali erano esattamente i DPI che il dipendente indossava al momento dell'infortunio :**

☐ elmetto antinfortunistico	☐ visiera per saldatura	☐ scarpe antinfortunistiche (livello protez. _____)
☐ occhiali protettivi	☐ visiera per lavori elettrici	☐ stivali antinfortunistici (livello protez. _____)
☐ maschere respiratorie (tipo _____)	☐ guanti (tipo _____)	☐ abbigliamento alta visibilità (tipo _____)
☐ otoprotettori (tipo _____)	☐ imbracatura anticaduta con cordino	☐ tuta in tyvek
		☐ ulteriori DPI : _____

- **All'infortunato sono stati prestati interventi di Primo Soccorso mentre era all'interno dello stabilimento ?**

☐ no

☐ sì, l'infortunato si è automedicato

☐ sì, da parte di (cognome, nome e ruolo/mansione) _____

- > **in caso di risposta "sì", specificare quali tipi di soccorso (interventi / cure) sono stati prestati all'infortunato :**

- **L'infortunato è andato al Pronto Soccorso ?** no , ☐ oppure : sì, vi si è recato da solo , oppure
: sì, è stato ☐ trasportato da (cognome, nome e ditta) _____

presso il Pronto Soccorso (nome e indirizzo dell'Ospedale) _

- > **in caso di risposta "no", motivare il perché** (es. l'infortunio era di lieve entità e sono state sufficienti le medicazioni di primo soccorso effettuate da solo o con l'aiuto dei colleghi all'interno dello stabilimento, ...):

- **Eventuali altre persone rimaste lese nel medesimo infortunio :**

(indicare per ognuno Cognome e Nome, Mansione, Ditta di appartenenza, le loro attività svolte al momento dell'infortunio, le relative diagnosi e prognosi; es. frattura 1° falange 2° dito mano destra con prognosi di 40 gg.)

- **Eventuali testimoni presenti al momento dell'evento :**

(indicare per ognuno Cognome e Nome, Mansione, Ditta di appartenenza e le loro attività svolte al momento dell'infortunio)

- **Eventuali ulteriori note / considerazioni in merito all' evento :**

Ha generato segnalaz. di NC e apertura di conseguenti Azioni AC-P-M ?

si ☐ vedere modulo MG018 n° ____del _____;

no ☐ perché:

- **Allegati** (barrare le caselle dei relativi documenti le cui copie vengono allegate al presente report) :

- ☐ Dichiarazione firmata dall'infortunato con la sua descrizione dell'accaduto.
- ☐ Dichiarazioni sottoscritte dai testimoni all'infortunio / evento con le loro descrizioni dell'accaduto.
- ☐ Primo Certificato medico d'infortunio (rilasciato dal Pronto Soccorso).
- ☐ Moduli denuncia di Infortunio INAIL.
- ☐ Documentazione fotografica relativa all'evento (indicare il numero di fotografie allegate) : n° _____ ;
- ☐ Ulteriore documentazione allegata (specificare nel riquadro sottostante quali eventuali ulteriori documenti si allegano oltre alla documentazione sopra indicata, ad es. ulteriori certificati medici "continuativi", "definitivi", ...):

Il presente report è stato compilato in data ____/ ____/ _____, **alle ore** ____: ____,

da : (cognome) _____ (nome) _____ (mansione *) _____

Firma del compilatore :

(*) mansione : Responsabile Stabilimento, Capo Reparto, o Capo Turno.