

**TIPO DI EVENTO**

Infortunio

Quasi-Infortunio

Incidente

Quasi-Incidente

CANTIERE/IMPIANTO/SEDE: \_

- DATA EVENTO : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**- DATI RELATIVI AL LAVORATORE COINVOLTO -**

Cognome :	
Nome :	
Mansione :	
Ditta di appartenenza :	

**- DATI RELATIVI ALL' EVENTO -**

- Luogo dove si è verificato l'evento (Settore/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. lavorazione, produzione, manutenzione, pulizia, conduzione mezzo, ...)

- 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, guidava, ...)

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

(es. è inciampato, 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 :**

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

- **All'infortunato sono stati prestati interventi di Primo Soccorso mentre era all'interno del cantiere/sede/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)

- **Allegati** (barrare le caselle dei relativi documenti le cui copie vengono allegare 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 allegare) : 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 : Direttore cantiere, Responsabile cantiere, Capocantiere, Caposquadra, Preposto, RSPP, lavoratore, ecc...