

MODELLO A

SCHEDA DATI INFORTUNIO

Il/la sottoscritto/a (*responsabile del servizio o sostituto*):

Nome _____ Cognome _____

Qualifica _____

DICHIARA

di aver assistito di essere stato informato dall'interessato

dell'infortunio avvenuto in data |__|_|_|_|_| alle ore _____

presso _____

DATI DELL'INFORTUNATO E MODALITÀ DELL'INCIDENTE

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita |__|_|_|_|_| Qualifica _____

Se non strutturato specificare l'Ente di appartenenza _____

Breve descrizione dell'accaduto (es. puntura dopo prelievo durante eliminazione dell'ago;
schizzo da liquido biologico...) _____

Eventuale dispositivo responsabile della lesione (es. ago a farfalla) _____

Sede della lesione (es. indice della mano destra) _____

Utilizzo di Dispositivi di Protezione (es. guanti, visiera):

si no non so

La manovra eseguita prevede delle procedure codificate?

si no non so

Data ____|____|____|

Rischio Biologico

si no

HIV HCV

HBsAG

Transaminasi

Firma dell'Infortunato

Timbro e Firma del Dichiarante