

SCHEDA DI RILEVAZIONE MAREL

1. Anagrafica lavoratore (Sez. Visita)

Codici identificativi: Codice paziente: <u> X </u> Codice centro: <u> X </u>	Nome	CRIPTARE		
	Cognome	CRIPTARE		
	Genere	<input type="checkbox"/> Maschile <input type="checkbox"/> Femminile		
	Data di nascita	_ _ / _ _ / _ _ _ _		
	Cittadinanza			
Luogo di nascita <i>*Indicare la nazione di nascita nel caso di pazienti stranieri</i>	Comune*:	_____		
	Provincia:	_____		
	Stato*:	_____		
Residenza CRIPTARE	Indirizzo _____	Comune _____	Prov. _____	CAP _____
Recapiti	Cellulare _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _ _ _	e-mail _____		

Caratteristiche socio-occupazionali del paziente alla data della visita (Selezionare una sola casella)

Titolo di studio	<input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media <input type="checkbox"/> diploma scuola superiore	<input type="checkbox"/> laurea o superiore <input type="checkbox"/> Altro, specificare _____	
Posizione professionale attuale <small>(Selezionare una sola casella)</small>	<input type="checkbox"/> Dipendente a tempo determinato <input type="checkbox"/> Dipendente a tempo indeterminato <input type="checkbox"/> Autonomo/Titolare senza dipendenti	<input type="checkbox"/> Autonomo/Titolare con dipendenti <input type="checkbox"/> Coadiuvante familiare <input type="checkbox"/> Socio (anche di cooperative) <input type="checkbox"/> Con rapporto di lavoro non tipico	<input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Pensionato <input type="checkbox"/> Irregolare <input type="checkbox"/> Altro specificare _____
Tempo pieno o parziale <small>(Selezionare una sola casella)</small>	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Tempo parziale		

Codici identificativi: Codice paziente: <u> X </u> Codice centro: <u> X </u>	Data della visita	_ _ / _ _ / _ _ _ _		
	Origine della richiesta <i>Selezionare una sola casella</i>	<input type="checkbox"/> Medico competente <input type="checkbox"/> Medico ospedaliero <input type="checkbox"/> Specialista non ospedaliero <input type="checkbox"/> Iniziativa dell'ambulatorio	<input type="checkbox"/> Medico di base <input type="checkbox"/> INAIL <input type="checkbox"/> Patronato	<input type="checkbox"/> ASL <input type="checkbox"/> Datore di lavoro <input type="checkbox"/> Ispettore del Lavoro <input type="checkbox"/> Autorità giudiziaria <input type="checkbox"/> Presentato spontaneamente <input type="checkbox"/> Altro specificare _____
	Invalidità INAIL <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, indicare diagnosi _____ Percentuale di danno biologico	Invalidità Inval civile <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no Se sì, indicare diagnosi _____ Percentuale di danno biologico		

Motivo della visita

Valutazione origine professionale della patologia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Monitoraggio della malattia professionale	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Visita di idoneità	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Perizia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Valutazione origine ambientale della patologia	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Ex esposti ad amianto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ex esposti a silice	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Ex esposti a CVM	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ex esposti a polveri di legno	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Ricorso avverso giudizio d'idoneità	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Ricerca attiva	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Valutazione invalidità o capacità lavorativa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Iniziativa del servizio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Altri motivi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Specificare _____					

Problema clinico (testo libero)

2. Anamnesi lavorativa

Informazioni di natura professionale

(Riportare le informazioni relative a ogni periodo della storia lavorativa (partendo dal più recente)).

Periodo lavorativo 1

Periodo	Da (mese-anno) A (mese-anno) Durata lavoro in automatico Ore Lavoro/settimana Nome Azienda CF/Partita iva.....
Settore di attività	(Modalità di risposta chiusa) . ATECO 2007 a 5 dgt
Qualifica professionale	(Modalità di risposta chiusa) ISTAT 2011 a 5 dgt
Poli-mansione	Sì No
Se sì	Mansione 2 e Mansione 3 (con classificazione ISTAT 2011 a 5 dgt)
Note	(Testo libero)

3. Anamnesi ed obiettività (informazioni di natura extraprofessionale)

Anamnesi familiare (Testo libero) _____

Anamnesi fisiologica

- **Fuma o ha fumato tabacco?** NO Sì 'attualmente Sì in passato

se "**sì attualmente**": A quale età ha iniziato a fumare?

Quante sigarette in media al giorno? Pack year automatico

se "**sì in passato**": A quale età ha iniziato a fumare?

A quale età ha smesso di fumare?

Quante sigarette in media al giorno? Pack year automatico

Attività fisica:

(campo libero) _____

Consumo di alcool:

Quotidiano Occasionale Astemio Nel fine settimana

Se Quotidiano quanti bicchieri al giorno

Se Occasionale quanti bicchieri a settimana

Se nel fine settimana quanti bicchieri

Esposizioni extra-professionali

(campo libero) _____

Solo se genere F:

N° gravidanze **N° aborti....**

Cicli mestruali (regolari, irregolari, menopausa)

Terapia contraccettiva (Sì, No)

ALVO Regolare Diarroico Stitico

DIURESI Regolare Irregolare **ALTRO** (Testo libero)

Anamnesi patologica remota (Testo libero)

Anamnesi patologica recente (Testo libero)

Anamnesi farmacologica (Testo libero)

Esame obiettivo Normale Patologico (Testo libero)

PA max (Hg).... **PA min (Hg)...** **FC (Bpm).....** **Peso (in Kg):** **Altezza (in cm): ...** **BMI in automatico**

Accertamenti diagnostici già eseguiti (Testo libero)

Accertamenti diagnostici a seguito della visita(Testo libero)

4. Diagnosi

	<i>Code ICD-10 (3-4 dgt)</i>	<i>Data insorgenza sintomi</i>	<i>Data diagnosi malattia</i>
Patologia in esame	□□□□□.□□□□ (Modalità di risposta chiusa)		

Comorbidità 1 (Risposta chiusa in ICD X)

Comorbidità 2 (Risposta chiusa in ICD X)

Comorbidità 3 (Risposta chiusa in ICD X)

Comorbidità 4 (Risposta chiusa in ICD X)

5. Nessi

Nesso tra malattia e periodo

Richiama 1 patologia in esame

Richiama 1 periodo lavorativo in esame

Data di diagnosi di malattia e mansione in automatico

<i>N Fattore di rischio</i>				<i>Modalità dell'esposizione</i>			<i>Nesso causale specifico*</i>	<i>Motivazione nesso causale specifico</i>
Specificare Agente (Compilazione assistita elenco a tendina con risposta chiusa)	Codice TEP (Compilazione assistita elenco a tendina) ¹	Presenza nell'ambiente (da uso diretto, da presenza nell'ambiente, assente)	Uso di DPI (sempre, spesso, talvolta, mai, non valutabile)	Livello di esposizione (basso, medio, alto, non conosciuto)	Valore esposizione (testo libero)	Dati esposizione (da misura diretta, da DVR, deduzione da matrice esposizione, da banche dati, da dati di letteratura)	Modalità²	(testo libero)
							□	
							□	

¹Codice TEP Thesaurus (sintetico) delle Esposizioni Professionali (trascodificato anche secondo l'allegato 3B)

²Modalità per il nesso causale: 1 = Altamente improbabile, 2 = Improbabile, 3 = Probabile, 4 = Altamente probabile

...

Nesso di periodo lavorativo in automatico

6. Conclusioni

Nesso globale

(1 = Altamente improbabile, 2 = Improbabile, 3 = Probabile, 4 = Altamente probabile)

Conclusioni quesito diagnostico	Testo Libero	
<input type="checkbox"/> Patologia professionale <input type="checkbox"/> Patologia extraprofessionale <input type="checkbox"/> Scheda chiusa senza conclusioni <input type="checkbox"/> Patologia reversibile <input type="checkbox"/> Patologia ambientale <input type="checkbox"/> Assenza di patologia		
Idoneità	<input type="checkbox"/> Idoneo <input type="checkbox"/> Idoneo con limitazioni <input type="checkbox"/> Temporaneamente non idoneo <input type="checkbox"/> Non idoneo <input type="checkbox"/> Non applicabile	
<i>Nel caso di Patologia professionale</i>		
<input type="checkbox"/> Patologia già denunciata come professionale <input type="checkbox"/> Patologia già riconosciuta come professionale (indicare grado di riconoscimento della patologia)		Anno : Anno : (Se sì campo aperto per
<i>In seguito alla visita</i>		
<input type="checkbox"/> rilascio I certificato/ denuncia MP		Anno :

Misure di prevenzione <i>max : 3 risposte.</i>	<input type="checkbox"/> Sostituzione/Eliminazione	<input type="checkbox"/> Sorveglianza sanitaria	<input type="checkbox"/> Non applicabile
	<input type="checkbox"/> Nessuna raccomandazione		
	<input type="checkbox"/> Tecniche: <i>ventilazione, insonorizzazione, automatizzazione</i>	<input type="checkbox"/> Organizzative: <i>ergonomia, pianificazione dell'attività lavorativa e degli orari, igiene collettiva</i>	<input type="checkbox"/> Individuali: <i>DPI, formazione, igiene personale</i>

7. Note

(Testo libero)