

# SCHEDA QUESTIONARIO MAREL

## 1.Scheda anagrafica lavoratore

<b>Codici identificativi:</b> 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)

<b>Titolo di studio</b>	<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 _____
<b>Posizione professionale attuale</b> <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 _____
<b>Tempo pieno o parziale</b> <small>(Selezionare una sola casella)</small>	<input type="checkbox"/> Tempo pieno <input type="checkbox"/> Tempo parziale	

<b>Codici identificativi:</b> 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"/> si <input type="checkbox"/> no Se sì, indicare diagnosi _____ Percentuale di danno biologico .....	Invalidità Inval civile <input type="checkbox"/> si <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
Ricerca attiva	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	Valutazione invalidità o capacità lavorativa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Altri motivi	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No,	Specificare _____		

*Problema clinico (testo libero)*

## 2.Scheda Anamnesi lavorativa

### Informazioni di natura professionale

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

#### Periodo lavorativo 1

<b>Periodo</b>	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)       .                     <b>ATECO 2007 a 5 dgt</b>
Qualifica professionale	(Modalità di risposta chiusa) <b>ISTAT 2011 a 5 dgt</b>
Poli-mansione	Sì No
Se sì	Mansione 2 e Mansione 3 (con classificazione <b>ISTAT 2011 a 5 dgt</b> )
Note	(Testo libero)

### 3.Scheda Anamnesi e 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

#### **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. Scheda diagnosi

	<b>Code ICD-10 (5dgt)</b>	<b>Data insorgenza sintomi</b>	<b>Data diagnosi malattia</b>
<b>Patologia in esame</b>	□□□□□□□□ (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. Scheda nessi

Nesso tra malattia e periodo

**Richiama patologia in esame**

**Richiama periodo lavorativo in esame**

*Data di diagnosi di malattia e mansione in automatico*

<b>N Fattore di rischio</b>				<b>Modalità dell'esposizione</b>			<b>Nesso causale specifico*</b>	<b>Motivazione nesso causale specifico</b>
<b>Specificare Agente</b> (Compilazione assistita elenco a tendina con risposta chiusa)	<b>Codice TEP</b> (Compilazione assistita elenco a tendina) <sup>1</sup>	<b>Presenza nell'ambiente</b> (da uso diretto, da presenza nell'ambiente, assente)	<b>Uso di DPI</b> (sempre, spesso, talvolta, mai, non valutabile)	<b>Livello di esposizione</b> (basso, medio, alto, non conosciuto)	<b>Valore esposizione</b> (testo libero)	<b>Dati esposizione</b> (da misura diretta, da DVR, deduzione da matrice esposizione, da banche dati, da dati di letteratura)	<b>Modalità<sup>2</sup></b>	(testo libero)
							□	
							□	

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

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

...

*Nesso di periodo lavorativo in automatico*

## 6. Scheda conclusioni

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

<b>Conclusioni quesito diagnostico</b>	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		
<b>Idoneità</b>	<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 :

<b>Misure di prevenzione</b> <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. Scheda Note

(Testo libero)