

SCHEDA DI ANAMNESI LAVORATIVA

DIREZIONE SANITARIA

Allegare una copia di questa anamnesi professionale alla cartella personale; inviarne una copia alla Direzione sanitaria dell'Ospedale ed una alla Procura della Repubblica presso il Tribunale di Napoli

Ospedale _____

Reparto _____

Num. Cartella _____

Paziente _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____

Residenza (indirizzo completo) _____

Il paziente è già stato ricoverato per la stessa malattia? NO [] SI [] _____

E' già stata fatta denuncia all' INAIL? NO [] Si [] in data ____/____/____

1. In uno o più periodi della vita, le seguenti attività sono state svolte dal paziente o da un parente convivente?

Lavorazione	Svolta dal paziente		Svolta da un convivente	
	SI []	NO []	SI []	NO []
Estrazione amianto	SI []	NO []	SI []	NO []
Tessitura amianto	SI []	NO []	SI []	NO []
Produzione oggetti in cemento amianto	SI []	NO []	SI []	NO []
Produzione oggetti in altri materiali compositi con amianto	SI []	NO []	SI []	NO []
Installazione/rimozione coibentazioni	SI []	NO []	SI []	NO []
Manutenzione coibentazioni	SI []	NO []	SI []	NO []
Cantieri navali	SI []	NO []	SI []	NO []
Impermeabilizzazioni con bitume additivato di amianto	SI []	NO []	SI []	NO []
installazione/rimozione manufatti in cemento amianto	SI []	NO []	SI []	NO []
Produzione di acciaio	SI []	NO []	SI []	NO []
Laminazione di acciaio	SI []	NO []	SI []	NO []
Produzione di getti di ghisa in fonderia	SI []	NO []	SI []	NO []
Produzione di boilers e caldaie	SI []	NO []	SI []	NO []
Produzione di freni e frizioni	SI []	NO []	SI []	NO []
Riparazione di freni e frizioni	SI []	NO []	SI []	NO []
Produzione di guarnizioni in gomma caricata d'amianto	SI []	NO []	SI []	NO []
Produzione di altri oggetti in gomma caricata d'amianto	SI []	NO []	SI []	NO []
Produzione o riparazione di carrozze ferroviarie	SI []	NO []	SI []	NO []

Manutenzione impianti industriali	SI []	NO []	SI []	NO []
Produzione mobili per cucina	SI []	NO []	SI []	NO []
Installazione ascensori	SI []	NO []	SI []	NO []
Filtrazione con amianto	SI []	NO []	SI []	NO []
Autista di autoveicoli pesanti	SI []	NO []	SI []	NO []
Lavoro in centrali elettriche	SI []	NO []	SI []	NO []

2. Integrare le risposte positive con le seguenti informazioni (se la stessa attività è stata svolta presso più di un luogo di lavoro, completare una sezione per ogni luogo),

2.1 .ditta (nome e indirizzo completo):

attività
produttiva _____

mansione _____

svolta dall' anno _____ all' anno _____

2.2 .ditta (nome e indirizzo completo):

attività
produttiva _____

mansione _____

svolta dall' anno _____ all' anno _____

2.3 .ditta (nome e indirizzo completo):

attività
produttiva _____

mansione _____

svolta dall' anno _____ all' anno _____

2.4 .ditta (nome e indirizzo completo):

attività
produttiva _____

mansione _____

svolta dall' anno _____ all' anno _____

3. Diagnosi principale (in mancanza di esami citologici e/o istologici riportare l'ipotesi diagnostica)

Data compilaz. |__|__|__| ||
medico _____

Scheda ver. 15.10.1997 - Relativa a problemi pleuro-polmonari e asbesto/MMMF.