

Modulo segnalazione tumori professionali ex art 244, c. 2, D.Lgs 81/2008

**SEGNALAZIONE TUMORI PROFESSIONALI
(Art. 244 del Decreto Legislativo n. 81/2008)**

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Comune di Nascita _____ Prov. _____

Data di Nascita ____/____/____ Data di Decesso ____/____/____

Cod. Fiscale _____

Comune di Residenza _____ Prov. ____ Regione _____ Cod. Istat _____

Indirizzo _____ CAP _____

DATI CLINICI RELATIVI ALLA NEOPLASIA

Sede primaria _____

Sede metastatica _____

Tipo istologico _____

Data della prima diagnosi ____/____/____

Modalità della diagnosi

Stato del paziente

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Istologia o ematologia | <input type="checkbox"/> Vivente al ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Citologia o ematologia | <input type="checkbox"/> Deceduto per _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiologia o radioisotopica | |
| <input type="checkbox"/> Markers tumorali | |
| <input type="checkbox"/> Solo Clinica | |
| <input type="checkbox"/> Altro (<i>specificare</i>) _____ | |

ATTIVITA' LAVORATIVA PROBABILE CAUSA DELLA NEOPLASIA

(compilare un foglio per ciascuna delle attività economiche che si ritiene siano causa della neoplasia)

Attività lavorativa

Professione/Mansione svolta

Agente/i cancerogeno/i al quale il lavoratore è stato esposto durante lo svolgimento dell'attività lavorativa sopra indicata

Comune in cui si svolge l'attività lavorativa probabile causa della neoplasia

Periodo Lavorativo: Dal ____ / ____ / ____ Al ____ / ____ / ____

Posizione Lavorativa In servizio Cessata il ____ / ____ / ____

DATI DEL SOGGETTO NOTIFICATORE

Cognome _____ Nome _____

Professione _____ Istituto/Organizzazione _____

Indirizzo _____

n. tel. _____ Fax _____

E-mail _____

Data della compilazione: ____ / ____ / ____

Timbro e Firma _____

GUIDA ALLA COMPIILAZIONE

Il modulo di segnalazione dei tumori dovuti all'esposizione lavorativa ad agenti cancerogeni è costituito da quattro riquadri.

Il primo riporta i dati anagrafici del soggetto a cui è stata diagnosticata la neoplasia causata da agenti cancerogeni. Il secondo riferisce i dati clinici relativi alla neoplasia del soggetto in questione. Il terzo riquadro riporta le informazioni relative alla pregressa esposizione lavorativa del soggetto interessato dalla malattia.

Il quarto riquadro prevede la registrazione degli estremi del soggetto che trasmette la notifica.

DATI ANAGRAFICI

COGNOME	Cognome anagrafico del lavoratore
NOME	Nome anagrafico del lavoratore
SESSO	Barrare lo spazio corrispondente al sesso
COMUNE DI NASCITA	Riportare il comune di nascita
PROV.	Riportare la provincia di nascita abbreviata secondo la sigla Automobilistica (Roma=RM)
DATA DI NASCITA	Riportare la data di nascita in formato GG/MM/AA
DATA DEL DECESSO	Riportare la data del decesso in formato GG/MM/AA
CODICE FISCALE	Riportare il codice fiscale del lavoratore
COMUNE DI RESIDENZA	Riportare il comune di residenza
PROV.	Riportare la provincia di residenza abbreviata secondo la sigla automobilistica (Roma=RM)
REGIONE	Riportare la regione di residenza
INDIRIZZO	Riportare l'indirizzo del lavoratore per esteso
CAP	Riportare il codice di avviamento postale
DATI CLINICI RELATIVI ALLA NEOPLASIA	
SEDE PRIMARIA CERTA O PROBABILE	Indicare la sede di origine della lesione primitiva
SEDE METASTATICA	Indicare la sede con presenza di metastasi
TIPO ISTOLOGICO	Riportare per esteso la diagnosi morfologica
DATA DELLA PRIMA DIAGNOSI	Riportare la data della prima diagnosi in formato GG/MM/AA
MODALITA' DELLA DIAGNOSI	Barrare la casella corrispondente all'esame/i diagnostico/i effettuato/i (Istologia o ematologia, citologia o ematologia, radiologia o radioisotopica, markers tumorali, solo clinica, altro. Se altro specificare per esteso la modalità della diagnosi)
STATO DEL PAZIENTE	Barrare la casella corrispondente specificando la data di compilazione del modello se il soggetto è ancora in vita o gli estremi del decesso secondo certificato di morte (causa, data in formato GG/MM/AA e luogo del decesso) se deceduto

ATTIVITA' LAVORATIVA PROBABILE CAUSA DELLA NEOPLASIA

ATTIVITA' LAVORATIVA	Indicare brevemente la principale attività lavorativa che si ritiene abbiano causato la neoplasia. Compilare un foglio per ciascuna delle attività economiche che si ritiene siano causa della neoplasia
PROFESSIONE/MANSIONE SVOLTA	Indicare il compito affidato o lavoro svolto durante l'attività lavorativa indicata in precedenza, ove noto
AGENTE/I CANCEROGENO/I AL QUALE IL LAVORATORE È STATO ESPOSTO DURANTE LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA SOPRA INDICATA	Indicare l'/gli agente/i cancerogeno/i ai quali il lavoratore è stato esposto durante l'attività lavorativa indicata in precedenza, ove noto
COMUNE IN CUI SI SVOLGE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA PROBABILE CAUSA DELLA NEOPLASIA	Indicare il comune in cui il lavoratore svolge l'attività lavorativa indicata in precedenza
PERIODO LAVORATIVO	Indicare la data di inizio e fine (formato GG/MM/AA) della attività lavorativa indicata in precedenza
POSIZIONE LAVORATIVA	Barrare la casella corrispondente alla posizione lavorativa indicata in precedenza (in servizio o cessata). Se la posizione lavorativa è cessata, indicarne la data (formato GG/MM/AA)

DATI DEL SOGGETTO NOTIFICATORE

COGNOME	Cognome anagrafico del soggetto notificatore
NOME	Nome anagrafico del soggetto notificatore
PROFESSIONE	Riportare la professione esercitata dal soggetto notificatore
ISTITUTO/ORGANIZZAZIONE	Riportare l'istituto o l'organizzazione presso cui il soggetto notificatore opera
INDIRIZZO	Riportare l'indirizzo per esteso del soggetto notificatore
N.TEL.	Prefisso/numero telefonico del soggetto notificatore
FAX	Prefisso/numero di fax del soggetto notificatore
E-MAIL	Indirizzo E-mail del soggetto notificatore
DATA DELLA COMPILAZIONE:	Indicare la data di compilazione dell'allegato (formato GG/MM/AA)
TIMBRO E FIRMA	Apportare timbro e firma del notificatore