

Certificato Medico di Idoneità

Dati del lavoratore

Nome: X Data di Nascita: X
Comune di Nascita: X
Indirizzo: X

Dati lavorativi

Azienda/Reparto: AZ.USL Toscana SUDEST-S. Op.Grosseto INFERMIERA
Mansione:
Data Assunzione: Data Inizio Mansione Attuale:

RISCHI LAVORAZIONE

RADIAZIONI IONIZZANTI CAT. B
MOVIMENTAZIONE MANUALE CARICHI IND. NIOSH VERDE
RISCHIO BIOLOGICO
LAVORO NOTTURNO

PROTOCOLLO SANITARIO (in mesi)

I01 = accertamento effettuato a discrezione del Medico Competente

VISITA MEDICA (12)
EMOROUTINE+URINE (12)
ESAMI SIEROLOGICI (12)

Ultimi esami effettuati

X ESAMI EMATOCHIMICI X ESAMI SIEROLOGICI

Conclusioni

Sulla base della visita (VISITA STRAORDINARIA, per patologia X) effettuata in data X:

- ai sensi dell'art. 41 D.Lgs 81/2008 e succ. mod. in data 24/05/2021 si emette il seguente giudizio: Idoneo/a alla mansione specifica
limitazioni. Indicare nel piano di lavoro personalizzato che allego

Scadenza visita medica successiva: x/2022 previa esecuzione degli accertamenti previsti dal protocollo sanitario

Data di espressione del giudizio

x/2021

Il Medico Addetto alla Sorveglianza Medica

Medico Competente

Firmato da

Data di trasmissione del giudizio al Datore di Lavoro

x/2021

Il/La sottoscritto/a x dichiara di avere correttamente riferito al medico la propria anamnesi e di avere preso visione di quanto a proposito riportato nella cartella informatizzata. Dichiaro inoltre di avere ricevuto copia del presente certificato e di essere stato informato/a sul significato ed i risultati degli accertamenti sanitari effettuati. Dichiaro infine di essere a conoscenza della possibilità di ricorrere (entro 30 giorni) avverso il giudizio di idoneità all'Organo di Vigilanza competente.

Consapevole della finalità della raccolta informatizzata dei suoi dati, acconsente, ai sensi del D Lgs. 30/06/03 n. 196, al loro trattamento per la gestione della sorveglianza sanitaria e per fini statistici di ricerca. In questo caso resi anonimi.

Data di trasmissione del giudizio al Lavoratore

x/2021

Il lavoratore/La lavoratrice

Oggetto: Piano di lavoro d [REDACTED]

Buongiorno,

in relazione a quanto richiestomi, tenendo conto delle limitazioni indicate dal Medico Competente, il piano di lavoro dell'infermiera [REDACTED] il seguente:

- identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona e formulazione dei relativi obiettivi
- assistenza di base, consistente nel soddisfare il bisogno di eliminazione, igiene ecc, in collaborazione con altro collega personale di supporto
- rilevazione dei parametri vitali
- preparazione e somministrazione della terapia farmacologica prescritta
- verifica della giacenza di farmaci e presidi e segnalazione della necessità di eventuale approvvigionamento
- controllo scadenze farmaci e presidi
- pianificazione, controllo e verifica dell'operato degli operatori di supporto.

Le attività che prevedono movimentazione di carichi dovranno essere eseguite sempre con l'ausilio degli appositi presidi e sempre con la collaborazione di un collega o personale di supporto.

E' da precisare che nel setting Terapia Intensiva sono disponibili i presidi necessari alla movimentazione del paziente, quali sollevatore e telini ad alto scorrimento oltre a disporre di letti elettrici che consentono di far assumere agevolmente varie posizioni al paziente e regolabili in altezza.

Orbetello x/2021

Inf. Coordinatore UOSD

Azienda USL Toscana sud est



PRESIDIO OSPEDALIERO
COLLINE ALBEGNA

SEZIONE [REDACTED]

Resp. Le [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Infermiere Coordinatore [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
oscana.it
tel [REDACTED]