

**NOTIZIE PER ACCERTAMENTO I LIVELLO
A CURA DEL MEDICO COMPETENTE**

*Notizie eventualmente da riportare nella cartella clinica, ove non si proceda ad invii al II livello.
Da compilare e inviare al SerT per i casi in cui si richieda accertamento di II livello*

Cognome..... Nome

data di nascita luogo di nascita

Residente in

Recapito telefonico

Ditta

Attività lavorativa (mansione)

Medico Competente Dott/ssa Tel.....Fax.....

VISITA MEDICA

Data

Accertamento attuato per :

- Accertamento pre-affidamento della mansione**
- Accertamento periodico**
- Accertamento per ragionevole dubbio**
- Accertamento dopo un incidente**
- Accertamento di follow up (monitoraggio cautelativo) e/o per il reintegro nella mansione a rischio, dopo un periodo di sospensione dovuto a precedente esito positivo**

1. Anamnesi/ esame documentale

- interventi in Pronto Soccorso o in strutture di ricovero per il trattamento di patologie correlate all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope:.....;
 - precedenti accertamenti medico-legali per uso di sostanze stupefacenti o psicotrope:.....;
 - pregressi trattamenti sociosanitari per tossicodipendenza, presso strutture pubbliche e/o private:.....;
 - notizie relative ad infortuni lavorativi e/o incidenti avvenuti in ambito lavorativo e non:.....;
 - ritiri della patente di guida e/o del porto d'armi a seguito di precedenti accertamenti medico-legali:.....;
 - altro:.....
- note:.....

2. Esame clinico obiettivo:

- segni obiettivi di assunzione abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope.....;
- segni o sintomi suggestivi per intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope.....;
- uso di farmaci ad azione psicotropa.....;
- altro.....

Firma per presa visione del lavoratore

3. Esame tossicologico analitico su matrice urinaria

aliquota	Metodo di indagine	data	Luogo/laboratorio	referto	Nota / Richiamo allegati
A- screening	<input type="checkbox"/> Test <i>on site</i> <input type="checkbox"/> Test immunochimico presso laboratorio				
B- conferma					
C- revisione (su richiesta del lavoratore)					

Firma per presa visione del lavoratore

4. Andamento degli accertamenti

Calendario degli accertamenti

Data	Tipo di accertamento	Presenza del lavoratore	Giustificazione assenza	Comunicazione al datore di lavoro

5. Invio /Certificazione e relazione del SerT

Eventuale invio al SerT via....., in data.....

Esito accertamento di II livello....., ricevuto in data.....