

## Modulo informativo per la classificazione di Radioprotezione (D.Lgs. 230/95 Art.80 punto B)

I sottoscritti, ciascuno per quanto di competenza e consapevoli delle proprie responsabilità dichiarano che le informazioni sotto riportate rispondono alla realtà.  
Qualsiasi variazione rispetto a quanto sotto indicato da ciascuno dei compilatori deve essere tempestivamente comunicata all'Esperto Qualificato.

### QUADRO A (DA COMPILARE A CURA DEL DATORE DI LAVORO O SUO DELEGATO)

Dati del lavoratore:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Dipendente      Data di assunzione \_\_\_\_\_      Matricola \_\_\_\_\_

Dipendente da altro Ente (specificare) \_\_\_\_\_  Lavoratore autonomo

Frequentatore o altro (specificare) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale    □□□□□□□□□□□□□□□□

Destinazione lavorativa	Mansione			
<input type="checkbox"/> Radiologia	<input type="checkbox"/> Anestesista	<input type="checkbox"/> Cardiologo	<input type="checkbox"/> Chirurgo	<input type="checkbox"/> OSS
<input type="checkbox"/> Neuroradiologia	<input type="checkbox"/> Emodinamista	<input type="checkbox"/> Endoscopista	<input type="checkbox"/> Gastroenterologo	<input type="checkbox"/> Ausiliario
<input type="checkbox"/> Emodinamica	<input type="checkbox"/> Radiologo	<input type="checkbox"/> Pneumologo	<input type="checkbox"/> Traumatologo	
<input type="checkbox"/> Rianimazione Anestesia	<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Chimico	<input type="checkbox"/> Fisico	
<input type="checkbox"/> Sala operatoria	<input type="checkbox"/> Tec. Laboratorio	<input type="checkbox"/> Tec. Radiologia	<input type="checkbox"/> Infermiere	
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Inf. Generico	<input type="checkbox"/> Vigilatrice	<input type="checkbox"/> OTA	
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Ortopedico	<input type="checkbox"/> Urologo	<input type="checkbox"/> Medicina generale	
<input type="checkbox"/> Urologia				
<input type="checkbox"/> Laboratorio ematologico	<input type="checkbox"/> Studente in _____			
<input type="checkbox"/> Centro trasfusionale	<input type="checkbox"/> Frequentatore _____			
<input type="checkbox"/> Ortopedia Sala gessi	<input type="checkbox"/> Altro _____			
<input type="checkbox"/> Radioterapia				
<input type="checkbox"/> Altro _____				

**Data:**

**DL (o suo delegato):**

**Il lavoratore per presa visione**

---

**QUADRO B (DA COMPILARE A CURA DEL LAVORATORE)**

Ha avuto precedenti esposizione alle radiazioni ionizzanti? Se sì, compilare la Tabella1.

- NO
- SI

**Tabella 1** - Precedenti attività comportanti il rischio di esposizione alle radiazioni ionizzanti

Periodo	Ditta	Indirizzo	Mansione	Classificazione come lavoratore esposto
Dal _____ Al _____				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cat. A <input type="checkbox"/> Cat. B
Dal _____ Al _____				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cat. A <input type="checkbox"/> Cat. B
Dal _____ Al _____				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cat. A <input type="checkbox"/> Cat. B
Dal _____ Al _____				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cat. A <input type="checkbox"/> Cat. B

Svolge un'attività contemporanea che comporta esposizione alle radiazioni ionizzanti presso altri Datori di Lavoro? Se si, compilare la Tabella2.

- NO
- SI

**Tabella2** - Altre attività professionali con esposizione contemporanea alle radiazioni ionizzanti con diverso DL

Ditta	Indirizzo	Mansione	classificazione come lavoratore esposto
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cat. A <input type="checkbox"/> Cat. B
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cat. A <input type="checkbox"/> Cat. B
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cat. A <input type="checkbox"/> Cat. B
			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cat. A <input type="checkbox"/> Cat. B

**Data:**

**Il lavoratore**

**QUADRO C (DA COMPILARE A CURA DEL RESPONSABILE DEL REPARTO)**

Pagina da compilare a cura del Responsabile, relativa alle attività svolte dal lavoratore a rischio di radiazioni ionizzanti. La distanza richiesta è quella dell'operatore dal bordo del campo raggi primario:

**Tabella 3 – Attività svolta dal lavoratore**

Il lavoratore opera in locali adiacenti la sala ove si utilizzano apparecchi RX?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Opera nella zona comandi della sala RX protetta da barriera fissa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Opera entro la sala durante l'emissione raggi con l'uso di barriere mobili?	<input type="checkbox"/> SI, per circa ___ minuti settimanali, alla distanza dal campo raggi di ___ cm,  <input type="checkbox"/> NO
Opera entro la sala ove si utilizzano apparecchi radiogeni durante le emissioni raggi senza l'uso di barriere mobili a più di 50 cm?	<input type="checkbox"/> SI, per circa ___ minuti settimanali, alla distanza di ___ cm,  <input type="checkbox"/> NO
E' indispensabile nelle immediate vicinanze (0-50 cm) del paziente durante l'emissione raggi?	<input type="checkbox"/> MAI  <input type="checkbox"/> SI se si indicare la frequenza e compilare <i>Tabella 4</i> <input type="checkbox"/> 1 o più volte/settimana <input type="checkbox"/> 1 o più volte/mese <input type="checkbox"/> meno di 1 volta/mese
Espone le mani al fascio primario?	<input type="checkbox"/> MAI  <input type="checkbox"/> SI se si indicare la frequenza e compilare <i>Tabella 4</i>  <input type="checkbox"/> 1 o più volte/settimana <input type="checkbox"/> 1 o più volte/mese <input type="checkbox"/> meno di 1 volta/mese
Esegue esami radiografici a pazienti allettati?	<input type="checkbox"/> MAI  <input type="checkbox"/> SI se si indicare la frequenza <input type="checkbox"/> 1 o più volte/settimana <input type="checkbox"/> 1 o più volte/mese <input type="checkbox"/> meno di 1 volta/mese
Utilizza in vivo sostanze radioattive in forma non sigillata?	<input type="checkbox"/> MAI  <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Linfonodo sentinella <input type="checkbox"/> Altro: allegare relazione riguardante l'attività svolta

Qualora non siano esaurienti ai fini della descrizione dell'attività le domande sopra riportate, si prega di allegare alla presente Scheda una descrizione ulteriore.

Descrizione dell'attività (specificare il tipo di intervento e/o l'attività espletata)	N° medio mensile di interventi	Tempo medio di scopia per ogni intervento		Numero medio di radiogrammi per intervento		Interventi in cui il lavoratore inserisce le mani nel campo X		Uso di barriere mobili
		Minuti totali	Minuti a contatto paziente	Radiogrammi totali	Radiogrammi a contatto paziente	Numero Medio mensile di interventi	Minuti di scopia per intervento	
1.								
2.								

**Tabella 4** - da compilare **obbligatoriamente** a cura del Responsabile dell'attività **solo se** si espongono le mani al fascio primario o si staziona nelle immediate vicinanze del paziente (0-50cm) durante l'emissione dei raggi:

**Data:** \_\_\_\_\_ **Il Responsabile di Reparto** \_\_\_\_\_ **Il lavoratore per presa visione** \_\_\_\_\_

**QUADRO D (DA COMPILARE A CURA DELL'ESPERTO QUALIFICATO)**

**Tabella 5 – Valutazione dell'EQ**

VALUTAZIONE DELL'ESPERTO QUALIFICATO			
Rischi da radiazioni ionizzanti: _____			
SINTESI RISCHI DA RADIAZIONI IONIZZANTI			
Irradiazione esterna:	<input type="checkbox"/> GLOBALE	<input type="checkbox"/> PARZIALE: <input type="checkbox"/> ESTREMITÀ <input type="checkbox"/> PELLE <input type="checkbox"/> CRISTALLINO	
Classificazione di radioprotezione:	_  Cat.A	_  Cat.B	_  Non esposto
Tipo di dosimetro assegnato:	_  GLOBALE  _  FILM BADGE  _  TLD		
	_  PARZIALE  _  BRACCIALE  _  ANELLO  _  CRISTALLINO		
Tipo di dispositivo di protezione individuale (DPI) da utilizzare:	<input type="checkbox"/> GREMBIULE <input type="checkbox"/> CAMICE	<input type="checkbox"/> COLLARE <input type="checkbox"/> OCCHIALI	<input type="checkbox"/> ALTRO: _____
Si configura l'obbligo di sorveglianza medica:	SI		
	NO		

**Data:** \_\_\_\_\_ **L'Esperto qualificato** \_\_\_\_\_

**QUADRO E (DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO AUTORIZZATO)**

**Tabella 6 – Giudizio di idoneità del Medico Autorizzato**

In seguito alle informazioni riportate sulla presente scheda il lavoratore è stato sottoposto a sorveglianza sanitaria ed è stato ritenuto idoneo senza prescrizioni per la categoria indicata.	
Eventuali osservazioni	..... .....

**Data** \_\_\_\_\_ **Il Medico Autorizzato** \_\_\_\_\_