

**A cura del dipendente (compilare le 4 pagine, in stampatello) - N.B.: i campi preceduti da \* sono obbligatori**

\*Cognome \_\_\_\_\_ \*Nome \_\_\_\_\_ \*nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \*Codice fiscale \_\_\_\_\_  
 \*Residenza: via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ \*Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
 Tel \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
 Domicilio (se diverso da residenza): via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Tel \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
 Dati Contrattuali: data assunzione ARES118 \_\_\_\_\_ \*qualifica \_\_\_\_\_  
 \*in servizio presso (postazione/sede/servizio) \_\_\_\_\_  
 \*Tipo contratto:  tempo determinato a tempo parziale  tempo determinato a tempo pieno  
 tempo indeterminato a tempo parziale  tempo indeterminato a tempo pieno

**Descrizione dell'Infortunio:**

\*data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ \*orario infortunio \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ \*orario/turno di lavoro dalle h. \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_ alle h \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_  
 \*Luogo dell'infortunio: via \_\_\_\_\_ \*Città: \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
 \*PS (ospedale presso il quale si è recato l'infortunato) \_\_\_\_\_ (allegare il referto di P.S.)  
 \*Testimoni: |NO| |SI| nominativi: \_\_\_\_\_  
 \*Lascia il servizio |NO| |SI| \*alle ore \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_  
 \*Preposto/Dirigente avvisato dell'infortunio:  Coordinatore  Capoarea  Posizione Organizzativa  
 Direttore UO  Dirigente UOS/UOD  \_\_\_\_\_

\*Descrizione delle cause e delle circostanze dell'infortunio: fornire una descrizione sintetica e barrare le caselle  nei riquadri sottostanti per tutte le voci compatibili - **NON fornire informazioni sul danno fisico riportato descritte su referto di PS**

---



---



---



---



---

**Referto di Pronto Soccorso:**

\*Diagnosi: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\*Prognosi: il dipendente è stato giudicato non idoneo alla attività lavorativa per \_\_\_ giorni dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 N.B.: inviare SEMPRE a "@malattia-infortuni" il referto di PS che contiene DIAGNOSI e PROGNOSI N.B.: NON inviare il referto di PS al SPP

**Dichiaro che le notizie riportate nella presente comunicazione corrispondono al vero. In fede**

\*Data \_\_\_\_\_ \*Firma \_\_\_\_\_

\*Il dipendente può essere contattato presso i seguenti recapiti telefonici: Postazione \_\_\_\_\_ Personale \_\_\_\_\_

Il modulo va inviato <b>ENTRO 48 ORE</b> a	In base alla propria UOC /SUES di riferimento:			
	Roma	<a href="mailto:malattia-infortuni-roma@ares118.it">malattia-infortuni-roma@ares118.it</a> (fax 065343922)	Latina	<a href="mailto:malattia-infortuni-latina@ares118.it">malattia-infortuni-latina@ares118.it</a>
	Frosinone	<a href="mailto:malattia-infortuni-frosinone@ares118.it">malattia-infortuni-frosinone@ares118.it</a>	Governo Risorse Umane	<a href="mailto:giuridico@ares118.it">giuridico@ares118.it</a>
	Rieti-Viterbo	<a href="mailto:malattia-infortuni-rietiviterbo@ares118.it">malattia-infortuni-rietiviterbo@ares118.it</a>		
Esempre a:	Servizio di Prevenzione e Protezione <a href="mailto:spp@ares118.it">spp@ares118.it</a>	Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale (SITA) <a href="mailto:sai@ares118.it">sai@ares118.it</a>		

<b>*</b>	<input type="checkbox"/> <b>In orario di servizio presso:</b>	<input type="checkbox"/> Postazione/servizio abituale	<input type="checkbox"/> Postazione/servizio <b>NON</b> abituale	<input type="checkbox"/> MAXIEMERGENZA/GRANDE EVENTO	<input type="checkbox"/> <b>In ITINERE</b>
----------	---	---	--	--	--

<b>*</b>	<input type="checkbox"/> <b>Durante un soccorso</b>	Codice comunicato dalla C.O.:	<input type="checkbox"/> Rosso <input type="checkbox"/> Giallo	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> <b>Durante servizio esterno</b>	<input type="checkbox"/> In ufficio <input type="checkbox"/> In Postazione <input type="checkbox"/> In Centrale di ascolto <input type="checkbox"/> Nello Spogliatoio	
	Condizioni effettive del paziente:	<input type="checkbox"/> Rosso <input type="checkbox"/> Giallo	<input type="checkbox"/> Verde <input type="checkbox"/> Non so				
<b>Indicare il luogo in cui è avvenuto l'infortunio mentre si svolgeva il soccorso</b>							
<input type="checkbox"/> Presso PS <input type="checkbox"/> Luogo privato <input type="checkbox"/> Luogo pubblico (no PS) <input type="checkbox"/> Aperto <input type="checkbox"/> Chiuso							
<b>*</b>	<input type="checkbox"/> <b>In cabina guida ambulanza/automedica</b>  <input type="checkbox"/> <b>In vettura di servizio</b>  <input type="checkbox"/> <b>In cellula sanitaria ambulanza</b>  <input type="checkbox"/> <b>Altro:</b>	<input type="checkbox"/> Mentre conduceva il mezzo  <input type="checkbox"/> Mentre era seduto	<input type="checkbox"/> Mentre era un passeggero  <input type="checkbox"/> Mentre era in piedi	<b>Mentre svolgeva la seguente attività:</b>			<input type="checkbox"/> Lavoro postazione di ascolto  <input type="checkbox"/> Lavoro al videoterminale  <input type="checkbox"/> Riordino/pulizia/rifornimento mezzo soccorso
				<input type="checkbox"/> Riordino/pulizia ambienti della postazione  <input type="checkbox"/> In attesa di chiamata			

<b>*</b>	<b>DPI usati</b>	<input type="checkbox"/> <b>Guanti (indicare il tipo)</b>	<input type="checkbox"/> Nitrile <input type="checkbox"/> Vinile	<input type="checkbox"/> Lattice <input type="checkbox"/> Gomma	<input type="checkbox"/> Mascherina chirurgica <input type="checkbox"/> FFP2/FFP3 <input type="checkbox"/> Occhiali <input type="checkbox"/> Bande alta visibilità	<input type="checkbox"/> Calzature antinfortunistiche <input type="checkbox"/> Elmetto di protezione <input type="checkbox"/> Altro
		<input type="checkbox"/> Guanti per protezione meccanica (tagli, abrasioni, ecc...)				

<b>Indicare se l'infortunio, di qualsiasi tipo, può essere stato favorito dalle seguenti circostanze:</b>		
<b>Movimento improvviso:</b> <input type="checkbox"/> del paziente <input type="checkbox"/> del mezzo (frenata, curva, sobbalzo, ecc..)	<b>Paziente:</b> <input type="checkbox"/> collaborante <input type="checkbox"/> non collaborante	
<b><input type="checkbox"/> Sblocco/Inceppamento parte meccanica di attrezzatura</b>		
<input type="checkbox"/> Pedana di risalita <input type="checkbox"/> Portiere <input type="checkbox"/> Meccanismi barella	<input type="checkbox"/> altro:	

<b>Indicare se l'infortunio, di qualsiasi tipo, si è verificato mentre si eseguivano le seguenti attività:</b>			
<input type="checkbox"/> Camminava	<input type="checkbox"/> Saliva/scendeva scale	<input type="checkbox"/> Saliva/scendeva dal m.d.s.	<input type="checkbox"/> Si alzava/abbassava

<b>Indicare se l'infortunio, di qualsiasi tipo, può essere descritto da una delle seguenti parole:</b>					
<input type="checkbox"/> Scivolava	<input type="checkbox"/> Inciampava	<input type="checkbox"/> Perdeva equilibrio	<input type="checkbox"/> Caduta a terra	<input type="checkbox"/> Schiacciamento	<input type="checkbox"/> Caduta altezza superiore a 2 metri

<b>Indicare se l'infortunio, di qualsiasi tipo, si è verificato nelle seguenti circostanze:</b>					
<input type="checkbox"/> Condizioni atmosferiche avverse	<input type="checkbox"/> Superfici disconnesse	<input type="checkbox"/> Superfici scivolose	<input type="checkbox"/> Affollamento	<input type="checkbox"/> (Quasi) Investito da veicolo che sorraggiunge	
<input type="checkbox"/> Poca luce/visibilità	<input type="checkbox"/> Spazi limitati/angusti	<input type="checkbox"/> Ostilità persone presenti			
<input type="checkbox"/> Posizione scomoda/difficile	<input type="checkbox"/> Ambiente naturale (bosco, montagna, ecc...)				

<b><input type="checkbox"/> Infortunio che si è verificato mentre si MOVIMENTAVA un carico</b>		
<b>Peso stimato carico Kg</b> _____	<b>Movimentazione effettuata da n°</b> _____ <b>persone</b>	<b>Di cui non ARES n°</b> _____
<input type="checkbox"/> Sollevando da terra	<input type="checkbox"/> Paziente su barella	<input type="checkbox"/> Utilizzando KED
<input type="checkbox"/> Trasportando	<input type="checkbox"/> Paziente su telo	<input type="checkbox"/> Presa difficile <input type="checkbox"/> Sbilanciamento del carico
<input type="checkbox"/> Spingendo/Tirando	<input type="checkbox"/> Spinale ( <input type="checkbox"/> Vuota)	<input type="checkbox"/> Ingombro di oggetto/i trasportato/i
<input type="checkbox"/> Caricando su ambulanza	<input type="checkbox"/> Barella vuota	Indicare: _____
<input type="checkbox"/> Scaricando da ambulanza	<input type="checkbox"/> Sedia portantina ( <input type="checkbox"/> Vuota)	<input type="checkbox"/> Spostando paziente da letto/sedia/ecc.. a barella/telo/ecc...
<input type="checkbox"/> Estraeendo	<input type="checkbox"/> Persona (paziente)	<input type="checkbox"/> Accompagnando/sorreggendo paziente deambulante
<input type="checkbox"/> <b>Altro tipo di movimentazione:</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Descrivere altra natura del carico:</b>		

<input type="checkbox"/> <b>Infortunio che si è verificato in conseguenza di INCIDENTE STRADALE DEL MEZZO DI SOCCORSO/VETTURA AZIENDALE</b>			
<input type="checkbox"/> Ambulanza <input type="checkbox"/> non operativa	<input type="checkbox"/> Indossava cinture di sicurezza	<input type="checkbox"/> Pioggia/neve/ghiaccio	<input type="checkbox"/> Altro: _____
<input type="checkbox"/> Automedica <input type="checkbox"/> non operativa	<input type="checkbox"/> Segnalatori acustici accesi	<input type="checkbox"/> Traffico intenso	
<input type="checkbox"/> Vettura aziendale	<input type="checkbox"/> Segnalatori visivi accesi	<input type="checkbox"/> Fondo stradale dissestato	
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> In sosta su strada per soccorso	<input type="checkbox"/> Su un incrocio	
L'incidente ha riguardato anche altri operatori ARES: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (indicare i nomi): _____			

<input type="checkbox"/> <b>Infortunio che in conseguenza di AGGRESSIONE fisica e/o verbale da:</b>		<b>NB: compilare ed inviare anche Scheda atti violenza</b>	
<input type="checkbox"/> Paz. 180/TSO-ASO	<input type="checkbox"/> Tossicodipendente	<input type="checkbox"/> Etilista	<input type="checkbox"/> Agitazione d.n.d.d.
		<input type="checkbox"/> Parenti/Amici	
		<input type="checkbox"/> Altro: _____	
<input type="checkbox"/> Aggressione VERBALE:		<input type="checkbox"/> Espressioni verbali aggressive (insulti, tono voce elevato)	<input type="checkbox"/> Gesti violenti senza contatto fisico
		<input type="checkbox"/> Minacce	
		<input type="checkbox"/> Altro: _____	
<input type="checkbox"/> Aggressione FISICA:		<input type="checkbox"/> Contro oggetti	<input type="checkbox"/> Contro se stesso
		<input type="checkbox"/> Contro altre persone	
<input type="checkbox"/> Aggressione con uso di arma		<input type="checkbox"/> Aggressione con uso corpo contundente	
<input type="checkbox"/> Inoltrata denuncia/querela/esposto			
<b>Motivi:</b> <input type="checkbox"/> Tempo attesa prolungato <input type="checkbox"/> Informazioni fornite <input type="checkbox"/> Altro _____			
L'aggressione ha riguardato anche altri operatori ARES: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (indicare i nomi): _____			

<input type="checkbox"/> <b>Infortunio con esposizione a Rischio Biologico</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Puntura/Taglio</b>		<input type="checkbox"/> Mandrino ago cannula	
<input type="checkbox"/> Durante uso		<input type="checkbox"/> Durante smaltimento nel contenitore	
Dispositivo contaminato:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Non so	<input type="checkbox"/> Lancetta pungidito	
Dispositivo con sicurezza (NPD):	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Ago siringa intramuscolo	
Se NPD: sicurezza attivata?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Ago siringa insulina	
<input type="checkbox"/> Durante passaggio del tagliente dall'utente ad altro operatore	<input type="checkbox"/> Bisturi	<input type="checkbox"/> Altro: _____	
<input type="checkbox"/> Contenitore Smaltimento Aghi e Taglienti a portata di mano	<input type="checkbox"/> Contenitore Smaltimento non presente/non disponibile		
Altro: _____			
<input type="checkbox"/> <b>Contaminazione</b>		<input type="checkbox"/> Occhi	
		<input type="checkbox"/> Bocca	
		<input type="checkbox"/> Mani	
<input type="checkbox"/> Altro: _____			
<input type="checkbox"/> Sangue	<input type="checkbox"/> Saliva, sputo, lacrime, secrezioni nasali, urine, feci, latte, sudore e vomito visibilmente contaminati da sangue	<input type="checkbox"/> Sperma, secrezioni vaginali, liquido pleurico, peritoneale, pericardico, sinoviale, cerebrospinale ed amniotico, tessuti e colture virali	
<b>Procedura Post Esposizione</b>	Visita Infettivologica effettuata?	<input type="checkbox"/> <b>NO</b> per il seguente MOTIVO: _____	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Prima di andare in PS		<input type="checkbox"/> Dopo essere andato/a in PS
	<input type="checkbox"/> Entro 2~4 ore dall'infortunio		<input type="checkbox"/> Presso: _____
Profilassi Post Esposizione: <input type="checkbox"/> Proposta <input type="checkbox"/> Iniziata <input type="checkbox"/> Rifiutata			

<input type="checkbox"/> <b>Infortunio causato da AGENTE CHIMICO</b>	(Indicare) _____	<input type="checkbox"/> Inalazione <input type="checkbox"/> Ingestione <input type="checkbox"/> Contatto
--	------------------	---

<b>A cura del responsabile (dirigente/preposto)</b>	
Cognome _____	Nome _____
Qualifica _____	Preposto/Dirigente del Servizio _____
La mansione svolta dall'infortunato era quella abituale ?  SI   SALTUARIA   NO  Se NO era stato autorizzato a svolgere la mansione ?  SI   NO	
Era presente all'infortunio ?  SI   NO  Se  NO : ritiene che la descrizione riferita risponda a verità?  SI   NO	
Se NO: perché _____	
Data _____	Timbro e firma _____

## MODULO RAPPORTO SEGNALAZIONE INFORTUNIO

### ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

L'infortunato/a deve far pervenire **il Rapporto Segnalazione Infortunio unitamente al certificato di PS**, comprensivo della parte che riporta la **DIAGNOSI al servizio amministrativo** competente per la comunicazione/denuncia all'INAIL in base alla propria assegnazione di servizio secondo il seguente schema:

- Dirigenza Medica e del Comparto, gestito dalla UOC Coordinamento Supporto Amministrativo SUES

In base alla propria UOC/SUES di riferimento:		SITA ( <a href="mailto:sai@ares118.it">sai@ares118.it</a> )
Roma	<a href="mailto:malattia-infortuni-roma@ares118.it">malattia-infortuni-roma@ares118.it</a>	
Frosinone	<a href="mailto:malattia-infortuni-frosinone@ares118.it">malattia-infortuni-frosinone@ares118.it</a>	
Latina	<a href="mailto:malattia-infortuni-latina@ares118.it">malattia-infortuni-latina@ares118.it</a>	
Rieti-Viterbo	<a href="mailto:malattia-infortuni-rietiviterbo@ares118.it">malattia-infortuni-rietiviterbo@ares118.it</a>	

- Dirigenza Medica, Dirigenza SPTA e personale amministrativo e tecnico del Comparto gestito dalla UOC G.R.U., le Posizioni Organizzative e i Coordinatori Sanitari

Governo Risorse Umane	<a href="mailto:giuridico@ares118.it">giuridico@ares118.it</a>
-----------------------	--

1. L'infortunato/a deve far pervenire **solo il Rapporto Segnalazione Infortunio al Servizio di Prevenzione e Protezione** ([spp@ares118.it](mailto:spp@ares118.it) oppure fax 0658201465).

**ATTENZIONE: AL SPP NON DEVE ESSERE INVIATO IL REFERTO DI PRONTO SOCCORSO**

Si rammenta che la data di ricezione della dichiarazione del dipendente, attestata dal protocollo aziendale, fa testo ai fini della trasmissione della comunicazione/dichiarazione all'INAIL dell'evento infortunistico e che ogni ritardo imputabile al lavoratore contribuisce alla riduzione dell'indennizzo eventualmente riconosciuto dall'Istituto assicuratore.

Il modulo va inviato <b>ENTRO 48 ORE</b> a	In base alla propria UOC /SUES di riferimento:			
	Roma	<a href="mailto:malattia-infortuni-roma@ares118.it">malattia-infortuni-roma@ares118.it</a> (fax 065343922)	Latina	<a href="mailto:malattia-infortuni-latina@ares118.it">malattia-infortuni-latina@ares118.it</a>
	Frosinone	<a href="mailto:malattia-infortuni-frosinone@ares118.it">malattia-infortuni-frosinone@ares118.it</a>	Governo Risorse Umane	<a href="mailto:giuridico@ares118.it">giuridico@ares118.it</a>
	Rieti-Viterbo	<a href="mailto:malattia-infortuni-rietiviterbo@ares118.it">malattia-infortuni-rietiviterbo@ares118.it</a>		
E sempre a:	Servizio di Prevenzione e Protezione <a href="mailto:spp@ares118.it">spp@ares118.it</a>		Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale (SITA) <a href="mailto:sai@ares118.it">sai@ares118.it</a>	