

**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**

<b>1. Anamnesi/ esame documentale</b>
---------------------------------------

- 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.....