

ALLEGATO N° 5 SCHEDA SEGNALAZIONE CADUTA VBISITATORE/UTENTE

cognome----- nome-----

nato/a il-----a-----

residente -----

data evento-----ora-----luogo evento-----

Compilazione obbligatoria ai fini dell'accertamento di una eventuale responsabilità aziendale, a cura dell'infortunato

descrizione evento-----

circostanze-----

cause-----

testimone/i presenti (dati anagrafici) -----

data----- - firma dell' infortunato

Firma testimoni

descrizione interventi del medico del pronto soccorso: riportare le notizie anamnestiche relative all'evento, le riferite cause dirette e indirette, informazioni cliniche/diagnostiche/terapeutiche e prognostiche

data-----ora----- FIRMA DEL MEDICO DI P.S.

descrizione interventi del medico U.O. o luogo sede dell'evento caduta: informazione circa eventuali cure prestate sul luogo dell'evento, notizie anamnestiche relative all'evento, ogni altro elemento di interesse

Data-----ora medico soccorritore

COPIA DA INVIARE AL RISK MANAGEMENT E AL SPP AZIENDALE PER GLI ULTERIORI RILIEVI ED ACCERTAMENTI DI LEGGE