

# LAVANDERIE A SECCO

DITTA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

SEDE LEGALE \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

## ANAMNESI LAVORATIVA PREGRESSA

DITTA	MANSIONE	DAL	AL

LAVORO PRESSO LAVANDERIA (Anzianità Lavorativa) \_\_\_\_\_

POSTAZIONE		ORE/DIE
ACCETTAZIONE DEI CAPI		
CERNITA ETICHETTATURA		
CONSEGNA AL CLIENTE		
PRESMACCHIATURA		
CARICO SCARICO IN LAVATRICE:		
- LAVATRICE A CIRCUITO CHIUSO		
- LAVATRICE A CIRCUITO APERTO		
STIRATURA		
CARICO PERCLOROETILENE		
RACCOLTA FANGHI		
PULIZIA FILTRI		
PULIZIA DISTILLATORE		
PULIZIA FILTRI "PRENDI SPILLI"		
ALTRA MANSIONE PRECISARE		

## ABITUDINI

### FUMO

<input type="checkbox"/> FUMATORE	<input type="checkbox"/> NON FUMATORE	<input type="checkbox"/> EX FUMATORE
n. sig./die		n. sig./die
n. anni di fumo		n. anni di fumo

### SOSTANZE ALCOLICHE

<input type="checkbox"/> VINO	<input type="checkbox"/> BIRRA	<input type="checkbox"/> SUPER ALCOLICI
l/die	l/die	l/die
da anni	da anni	da anni

### FARMACI

TIPO
ANNI
PER QUALE MOTIVO

## DESCRIZIONE DEI DISTURBI

### STANCHEZZA NO SI

EPOCA DI INSORGENZA	
IL MOMENTO DELLA GIORNATA IN CUI COMPARE	
LA MANSIONE CHE LA PROVOCA	

### VERTIGINI NO SI

TIPO	<input type="checkbox"/> SOGGETTIVE <input type="checkbox"/> OGGETTIVE
EPOCA DI ISORGENZA	
IL MOMENTO DELLA GIORNATA IN CUI COMPARE	
LA MANSIONE CHE LA PROVOCA	

### MAL DI TESTA NO SI

EPOCA DI INSORGENZA	
IL MOMENTO DELLA GIORNATA IN CUI COMPARE	
LA MANSIONE CHE LA PROVOCA	

### BRUCIORE/ARROSSAMENTO/LACRIMAZIONE OCCHI NO SI

EPOCA DI INSORGENZA	
IL MOMENTO DELLA GIORNATA IN CUI COMPARE	
LA MANSIONE CHE LA PROVOCA	

### BRUCIORE/ARROSSAMENTO DELLE MUCOSE PRIME VIE AEREE NO SI

EPOCA DI INSORGENZA	
IL MOMENTO DELLA GIORNATA IN CUI COMPARE	
LA MANSIONE CHE LA PROVOCA	

### SENZAZIONE DI SORDIMENTO NO SI

EPOCA DI INSORGENZA	
IL MOMENTO DELLA GIORNATA IN CUI COMPARE	
LA MANSIONE CHE LA PROVOCA	

### ARROSSAMENTO/ECZEMA/DESQUAMAZIONE CUTE NO SI

EPOCA DI INSORGENZA	
IL MOMENTO DELLA GIORNATA IN CUI COMPARE	
LA MANSIONE CHE LA PROVOCA	

### DERMATITE ALLERGICA NO SI

EPOCA DI INSORGENZA	
SEDE	

**PER GLI ADDETTI ALLA STIRATURA E BANCO/CONSEGNA  
DESCRIZIONEI DEI DISTURBI POSTURALI**

**DOLORE**    NO    SI

SEDE	
EPOCA DI INSORGENZA	
È PRESENTE FUORI DALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA ?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
COMPARE DURANTE IL LAVORO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**FORMICOLII**    NO    SI

<input type="checkbox"/> MANI <input type="checkbox"/> PIEDI	
EPOCA DI INSORGENZA	
SONO PRESENTI FUORI DALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA ?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
COMPAGNO DURANTE IL LAVORO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**TREMORI**    NO    SI

SEDE	
EPOCA DI INSORGENZA	
SONO PRESENTI FUORI DALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA ?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
COMPAGNO DURANTE IL LAVORO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**NAUSEA E VOMITO**    NO    SI

EPOCA DI INSORGENZA	
SONO PRESENTI FUORI DALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA ?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
COMPAGNO DURANTE IL LAVORO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**GONFIORE**    NO    SI

SEDE	
EPOCA DI INSORGENZA	
È PRESENTI FUORI DALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA ?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
COMPARE DURANTE IL LAVORO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**SENSO DI PESANTEZZA**    NO    SI

SEDE	
EPOCA DI INSORGENZA	
È PRESENTI FUORI DALL'ATTIVITÀ LAVORATIVA ?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
COMPARE DURANTE IL LAVORO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI

**BLOCCO ARTICOLARE**    NO    SI

SEDE	
EPOCA DI INSORGENZA	
È PRESENTI FUORI DALL' ATTIVITÀ LAVORATIVA ?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
COMPARE DURANTE IL LAVORO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
<b>VARICI ARTI INFERIORI</b> <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
EPOCA DI INSORGENZA	
È PRESENTI FUORI DALL' ATTIVITÀ LAVORATIVA ?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
COMPARE DURANTE IL LAVORO?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI