

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

LAVORO IN ATTIVITÀ SANITARIE, INFERMIERI, MEDICI E ALTRI ADDETTI ALLA SANITÀ

1 Può descrivere con parole sue la mansione che svolgeva?

2 Con quale frequenza svolgeva queste operazioni?

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ogni giorno | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Ogni settimana | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Ogni mese | Indicare il n. di ore _____ |
| <input type="checkbox"/> Non so | |

3 Quali altre attività erano presenti oltre a quella principale dell'unità produttiva?

4 Dimensione dell'attività produttiva

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Meno di 10 dipendenti | <input type="checkbox"/> 10 - 100 dipendenti |
| <input type="checkbox"/> 100 - 200 dipendenti | <input type="checkbox"/> Oltre 200 dipendenti |

5 Tipo di lavoro

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tempo pieno | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Tempo parziale | Indicare il n. di ore/giorno _____ |
| <input type="checkbox"/> Stagionale _____ | Indicare il n. di ore/giorno _____ |

6 Nome del reparto/servizio

Lavoro in attività sanitarie, infermieri, medici e altri addetti alla sanità

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

7 Produzione del reparto

8 Tipo di ambiente di lavoro

- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reparto ospedaliero | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ambulatorio | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Studio medico | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Sala operatoria | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | Tempo trascorso (%) _____ |
| <input type="checkbox"/> Radiologia | Tempo trascorso (%) _____ |
| Altro, specificare _____ | Tempo trascorso (%) _____ |

9 Descrizione del reparto

Dimensioni _____

N. di persone presenti _____

N. di macchinari presenti _____

Tipo di macchinari presenti _____

Fonti di calore _____

Ventilazione _____

10 Qual è stata la sua professione?

- Infermiera/e professionale
- Medico
- Addetto a un laboratorio
- Fisioterapista
- Infermiera/e
- Ausiliario (inserviente/portantino)
- Altro, specificare _____

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

11 Ha mai lavorato con uno o più di questi agenti? Indichi nelle caselle il periodo, il numero di ore medio al giorno e con quale frequenza è venuto a contatto con i seguenti agenti (considerando solo i giorni in cui svolgeva l'attività)

Agente	Dal _ al _	Ore/giorno	Ogni giorno	Ogni settimana	Ogni mese	Raramente	Mai	Non so
Ormoni (specificare) _____								
Citostatici/chemioterapici								
Farmaci nebulizzati								
Agenti detergenti								
Agenti chimici sterilizzanti								
Formaldeide								
Ossido di etilene								
Materiali infetti (es. campioni biologici, aghi, sangue, ecc.)								
Raggi ultravioletti (luce blu)								
Gas anestetici somministrati tramite maschera (specificare) _____								

12 Lavoro a turni

Ha mai lavorato a turni? Sì No

Se sì, da quanti anni _____

Che tipo di turno svolge/svolgeva ?

- Ciclo continuo Sì No
- Ciclo discontinuo (interruzione fine settimana) Sì No
- Turni a rotazione con notte Sì No
- Turni a rotazione senza notte Sì No

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

12 Lavoro a turni (*segue*) Turno fisso Sì No**Se sì, specificare** Notturmo Diurno A rotazione rapida (cambio di turno ogni 1, 2 o 3 giorni) Sì No A rotazione lenta (cambio del turno ogni 4 o più giorni) Sì No Senso di rotazione**Se sì, specificare** Mattino, pomeriggio, notte Pomeriggio, mattino, notte

Altro, specificare _____

 Sì No**Indicare il n. di turni notturni** (si intende il lavoro effettuato tra la mezzanotte e le cinque del mattino) **effettuati mediamente nell'arco di un anno** _____**Indicare gli orari di inizio e fine turno**

Mattino

Ora di inizio _____

Ora di fine _____

Pomeriggio

Ora di inizio _____

Ora di fine _____

Notte

Ora di inizio _____

Ora di fine _____

13 Vi era presenza nell'ambiente di lavoro di:

Fumi

 Sì No Non so

Polveri

 Sì No Non so

Vapori

 Sì No Non so**Se sì, indicarne l'origine**

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

14 Erano in funzione impianti di aspirazione?

- Sì No Non so

15 Usava mezzi di protezione individuale?

- Sì No Non so

Se sì, di che tipo?

- Mascherine semifacciali
- Maschere facciali con filtri intercambiabili
- Maschere in genere
- Guanti in pelle
- Guanti in gomma
- Guanti in amianto
- Guanti in genere
- Grembiuli protettivi
- Tute protettive
- Protettori auricolari in genere

Altro, specificare _____

In quali lavorazioni?

16 Durante lo svolgimento della sua mansione ha lavorato in vicinanza di sorgenti di radiazioni ionizzanti o ha portato una piastrina per misurare l'esposizione a radiazioni?

- Sì No Non so

Se sì, specificare

N. Identificativo intervista _____

Sezione 4 - Storia occupazionale completa - Periodo n° _____

17 Vengono/venivano svolte altre lavorazioni nelle adiacenze del vostro posto di lavoro?

Sì No Non so

Se sì, quali?

18 Ha mai sostituito un collega?

Sì No Non so

Se sì, descriva in quali attività, per quanto tempo e con quale frequenza

Tipo di attività _____

Periodo _____

Frequenza Ogni giorno Indicare il n. di ore _____

Ogni settimana Indicare il n. di ore _____

Ogni mese Indicare il n. di ore _____

Altro, specificare _____

19 Oltre a quanto chiesto vuole segnalarci altri fattori che pensa sia utile riportare?
