



**All'Ambulatorio di Medicina Preventiva
Direzione Medica di Presidio**

Dichiarazione di puntura accidentale o contatto con materiale biologico

LAVORATORE:	
LUOGO E DATA DI NASCITA:	SESSO: ☐ M ☐ F
CODICE FISCALE:	
DOMICILIO:	TEL. _____
QUALIFICA:	DATORE DI LAVORO:
VACINAZIONE HBSAg ☐ SI ☐ NO	MATRICOLA:
MACRO STRUTTURA:	STRUTTURA:
ALLE ORE:	DEL GIORNO: / / 20____
SI E':	(PUNTO, TAGLIATO, SCHIZZATO, VENUTO A CONTATTO)
CON:	(TIPO DI OGGETTO AGO, BISTURI, ETC.)
NEL:	(SEDE DI PUNTURA, TAGLIO, ETC.)
DURANTE:	(MANOVRA CHE SI STAVA ESEGUENDO)
INIZIALI PZ.	
AFFETTO DA:	
SUL QUALE SONO STATI RICHIESTI I SEGUENTI ESAMI: ☐ HBV ☐ HIV ☐ HCV	
TESTIMONI DELL' ACCADUTO: _____	
<i>Non compilare</i> →→→ PUNTURA ACCIDENTALE N° PROT.	

Sassari, _____

TIMBRO DEL REPARTO

IL LAVORATORE

II RESPONSABILE DELLA STRUTTURA
