

**Modulo segnalazione tumori professionali ex art 244, c. 2, D.Lgs 81/2008**

**SEGNALAZIONE TUMORI PROFESSIONALI  
(Art. 244 del Decreto Legislativo n. 81/2008)**

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  M  F  
Comune di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Data di nascita     /     /     Data decesso     /     /  
Fiscale \_\_\_\_\_  
Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_ Cod. Istat \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

**DATI CLINICI RELATIVI ALLA NEOPLASIA**

Sede primaria

Sede metastatica

Tipo istologico

Data della prima diagnosi     /     /

Modalità della diagnosi

Stato del paziente

Istologia o ematologia

Vivente al     /     /

Citologia o ematologia

Deceduto per

Radiologia o radioisotopica

Markers tumorali

Solo Clinica

Altro (*specificare*)



## GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Il modulo di segnalazione dei tumori dovuti all'esposizione lavorativa ad agenti cancerogeni è costituito da quattro riquadri.

Il primo riporta i dati anagrafici del soggetto a cui è stata diagnosticata la neoplasia causata da agenti cancerogeni.

Il secondo riferisce i dati clinici relativi alla neoplasia del soggetto in questione. Il terzo riquadro riporta le informazioni relative alla pregressa esposizione lavorativa del soggetto interessato dalla malattia.

Il quarto riquadro prevede la registrazione degli estremi del soggetto che trasmette la notifica.

### DATI ANAGRAFICI

COGNOME	Cognome anagrafico del lavoratore
NOME	Nome anagrafico del lavoratore
SESSO	Barrare lo spazio corrispondente al sesso
COMUNE DI NASCITA	Riportare il comune di nascita
PROV.	Riportare la provincia di nascita abbreviata secondo la sigla Automobilistica (Roma=RM)
DATA DI NASCITA	Riportare la data di nascita in formato GG/MM/AA
DATA DEL DECESSO	Riportare la data del decesso in formato GG/MM/AA
CODICE FISCALE	Riportare il codice fiscale del lavoratore
COMUNE DI RESIDENZA	Riportare il comune di residenza
PROV.	Riportare la provincia di residenza abbreviata secondo la sigla automobilistica (Roma=RM)
REGIONE	Riportare la regione di residenza
INDIRIZZO	Riportare l'indirizzo del lavoratore per esteso
CAP	Riportare il codice di avviamento postale

### DATI CLINICI RELATIVI ALLA NEOPLASIA

SEDE PRIMARIA CERTA O PROBABILE	Indicare la sede di origine della lesione primitiva
SEDE METASTATICA	Indicare la sede con presenza di metastasi
TIPO ISTOLOGICO	Riportare per esteso la diagnosi morfologica
DATA DELLA PRIMA DIAGNOSI	Riportare la data della prima diagnosi in formato GG/MM/AA
MODALITA' DELLA DIAGNOSI	Barrare la casella corrispondente all'esame/i diagnostico/i effettuato/i (Istologia o ematologia, citologia o ematologia, radiologia o radioisotopica, markers tumorali, solo clinica, altro. Se altro specificare per esteso la modalità della diagnosi)
STATO DEL PAZIENTE	Barrare la casella corrispondente specificando la data di compilazione del modello se il soggetto è ancora in vita o gli estremi del decesso secondo certificato di morte (causa, data in formato GG/MM/AA e luogo del decesso) se deceduto

## **ATTIVITA' LAVORATIVA PROBABILE CAUSA DELLA NEOPLASIA**

ATTIVITA' LAVORATIVA

Indicare brevemente la principale attività lavorativa che si ritiene abbiano causato la neoplasia. Compilare un foglio per ciascuna delle attività economiche che si ritiene siano causa della neoplasia

PROFESSIONE/MANSIONE SVOLTA

Indicare il compito affidato o lavoro svolto durante l'attività lavorativa indicata in precedenza, ove noto

AGENTE/I CANCEROGENO/I AL QUALE IL LAVORATORE È STATO ESPOSTO DURANTE LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA SOPRA INDICATA

Indicare l'/gli agente/i cancerogeno/i ai quali il lavoratore è stato esposto durante l'attività lavorativa indicata in precedenza, ove noto

COMUNE IN CUI SI SVOLGE L'ATTIVITÀ LAVORATIVA PROBABILE CAUSA DELLA NEOPLASIA

Indicare il comune in cui il lavoratore svolge l'attività lavorativa indicata in precedenza

PERIODO LAVORATIVO

Indicare la data di inizio e fine (formato GG/MM/AA) della attività lavorativa indicata in precedenza

POSIZIONE LAVORATIVA

Barrare la casella corrispondente alla posizione lavorativa indicata in precedenza (in servizio o cessata). Se la posizione lavorativa è cessata, indicarne la data (formato GG/MM/AA)

## **DATI DEL SOGGETTO NOTIFICATORE**

COGNOME

Cognome anagrafico del soggetto notificatore

NOME

Nome anagrafico del soggetto notificatore

PROFESSIONE

Riportare la professione esercitata dal soggetto notificatore

ISTITUTO/ORGANIZZAZIONE

Riportare l'istituto o l'organizzazione presso cui il soggetto notificatore opera

INDIRIZZO

Riportare l'indirizzo per esteso del soggetto notificatore

N. TEL.

Prefisso/numero telefonico del soggetto notificatore

FAX

Prefisso/numero di fax del soggetto notificatore

E-MAIL

Indirizzo E-mail del soggetto notificatore

DATA DELLA COMPILAZIONE:

Indicare la data di compilazione dell'allegato (formato GG/MM/AA)

TIMBRO E FIRMA

Apportare timbro e firma del notificatore