



QUESTIONARIO INFORTUNI DOMESTICI (I livello)

N° di scheda

Scheda sintetica per tutti gli eventi infortunistici

Reparto/Unità Operativa: Medicina d'Urgenza Pronto Soccorso: "Cattinara" "Maggiore"

INFORMAZIONI GENERALI SULL'INFORTUNATO

Nome _____ Cognome _____

Data e ora dell'infortunio: ora gg mese anno

Luogo di nascita _____ Data di nascita (gg/mm/aaaa) _____ Sesso: Maschio Femmina

Stato civile:

- 1. Celibe/nubile
 - 2. Coniugato/a di fatto
 - 3. Coniugato/a legalmente
 - 4. Divorziato/a
 - 5. Separato/a
 - 6. Vedovo/a
- }

Vive con: *(indicare tutte le persone che vivono in casa)*

- 1. Coniuge/convivente
- 2. Figli minori di 18 anni Indicare quanti: _____
- 3. Figli maggiorenni Indicare quanti: _____
- 4. Altri parenti
- 5. Badante
- 6. Vive da solo/a

Domicilio (indirizzo) _____ Comune _____ Provincia _____

Recapito telefonico: dell'infortunato _____ di parenti o conoscenti (precisare) _____

Note: _____

TIPO DI LESIONE

| SEDE ANATOMICA DELLA LESIONE | | TIPO DI LESIONE | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| | | contusione/traumi superficiali | ferite | fratture | lussazioni/distorsioni/strappi | lesioni organi interni | lesioni di vasi | lesioni di nervi/tessuto nervoso | schacciamento | amputazione | ustioni | avvelenamenti | soffocamenti | elettrocuzioni | lesioni da corpi estranei | non specificato/definito |
| capo e collo | encefalo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | occhio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | naso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | bocca/denti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | collo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | non specificato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| rachide e midollo | cervicale (senza lesione midollo spinale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | cervicale (con lesione midollo spinale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | lombare (senza lesione midollo spinale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | lombare (con lesione midollo spinale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | sacrale/coccigea (senza les. mid. spinale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | sacrale/coccigea (con les. midollo spinale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | non precisata (senza les. midollo spinale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | non precisata (con lesione midollo spinale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tronco | torace (senza lesioni polmonari) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | torace (con lesioni polmonari) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | addome (senza lesioni org. Interni) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | addome (con lesioni organi interni) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | pelvi e urogenitali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | non precisata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TIPO DI LESIONE

| SEDE ANATOMICA DELLA LESIONE | | contusione/traumi superficiali | ferite | fratture | lussazioni/distorsioni/strappi | lesioni organi interni | lesioni di vasi | lesioni di nervi/ tessuto nervoso | schiacciamento | amputazione | ustioni | avvelenamenti | soffocamenti | elettrocuzioni | lesioni da corpi estranei | non specificato/definito |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Arti superiori | mano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | braccio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | gomito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | spalla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | non precisata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bacino | senza lesione dell'acetabolo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | con lesione dell'acetabolo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | senza lesione degli organi interni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | con lesione degli organi interni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | non precisata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arti inferiori | Coscia (senza lesione femorale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Coscia (con lesione femorale) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | ginocchio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | gamba | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | piede | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | non precisata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| altra sede | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INFORTUNIO

FORMA DI ACCADIMENTO

AGENTE MATERIALE: (possibili risposte multiple, al massimo tre)

| | caduta dell'infortunato | urto o schiacciamento accidentale | taglio | puntura | soffocamento | caduta di oggetti/arredi | penetrazione accidentale attraverso orifizi naturali (occhio, bocca ecc.) | immersione/sommergione | avvelenamento/intossicazione | ustione termica/chimica | contatto cutaneo/mucoso (reazioni flogistiche/allergiche) | elettrocuzione |
|---|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| utensili da cucina non elettrici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| utensili da cucina elettrici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pentole e loro contenuto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| fornelli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| altre fonti termiche a fiamma libera | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| scale fisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| scale portatili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| pavimenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| tappeti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sedie/sedili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| altri mobili | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| doccia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vasca da bagno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vetri o altri taglienti (bicchieri, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| utensili per piccole riparazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| utensili elettrici per p. riparazioni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| elettrodomestici (frigorifero, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| piccoli elettrodomestici (phon, ecc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| impianti elettrici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FORMA DI ACCADIMENTO

AGENTE MATERIALE: (possibili risposte multiple, al massimo tre)

| | caduta dell'infortunato | urto o schiacciamento accidentale | taglio | puntura | soffocamento | caduta di oggetti/arredi | penetrazione accidentale attraverso orifizi naturali (occhio, bocca ecc.) | immersione/sommersione | avvelenamento/intossicazione | ustione termica/chimica | contatto cutaneo/mucoso (reazioni flogistiche/allergiche) | elettrocuzione |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| impianti a gas (fughe di gas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| liberazione di monossido di carbonio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sigarette/sigari/pipe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| alcolici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| alimenti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| detersivi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| farmaci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| altre sostanze e prodotti chimici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| animali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| cosmetici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| piante | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| insetticidi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| utensili da giardinaggio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Altro agente (precisare): | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



DIPARTIMENTO MEDICINA DEL LAVORO
VIA ALESSANDRIA 220/E - 00198 ROMA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI
N° 1 – TRIESTINA
Dipartimento di Prevenzione



VIA DEL FARNETO N° 3 – 34124 TRIESTE

Osservatorio Nazionale sugli Ambienti di vita

QUESTIONARIO INFORTUNI DOMESTICI

Scheda infortunio (II livello)

N° di scheda Data intervista (gg/mm/aaaa)

Intervista rilasciata da:

Infortunato 1

Altra figura 2 (specificare il grado di parentela con l'infortunato: _____)

Legge 675/96: Informativa. La legge n. 675/96 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

L'utilizzo dei dati che La riguardano è finalizzato alla realizzazione della ricerca scientifica dal titolo: "Infortuni domestici: individuazione dei fattori che intervengono nella dinamica infortunistica e nelle condizioni di salute. Analisi delle relative conseguenze".

La gestione dei dati è informatizzata.

I dati saranno raccolti ed elaborati da:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N° 1 – TRIESTINA
Dipartimento di Prevenzione

VIA DEL FARNETO N° 3 – 34124 TRIESTE

Funzionario che compila la scheda :

tel.

per conto dell'Istituto Superiore per la Sicurezza e la Prevenzione del Lavoro, Ministero della Salute

Firma dell'intervistato

.....

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'INFORTUNIO

Data e ora dell'infortunio: gg..... mese..... anno..... ora.....

Era solo in casa al momento dell'infortunio? Si No

Nell'infortunio sono state coinvolte altre persone? Si No

Cause dell'infortunio (possibili risposte multiple):

1. distrazione/disattenzione *¹
2. comportamento improprio dell'infortunato *²
3. comportamento improprio di altre persone e/o animali
4. malessere improvviso
5. fattori strutturali/funzionali legati all'agente materiale coinvolto *³
6. altra causa (specificare) *⁴

*¹ si intende anche un insufficiente controllo nei confronti di bambini, anziani o disabili

*² legato a imprudenza, errato utilizzo, inesperienza

*³ cattivo funzionamento, errata manutenzione, mancanza di dispositivi di sicurezza ecc.

*⁴ comprese anche le cause ambientali indipendenti dalla volontà umana es.: black-out elettrici, variazioni meteorologiche, improvvisi rumori, ecc.

Luogo di accadimento (risposta singola):

| | | | |
|------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Ingresso | <input type="checkbox"/> | garage | <input type="checkbox"/> |
| Cucina | <input type="checkbox"/> | cantina | <input type="checkbox"/> |
| Corridoio | <input type="checkbox"/> | soffitta | <input type="checkbox"/> |
| Bagno | <input type="checkbox"/> | giardino | <input type="checkbox"/> |
| camera da letto | <input type="checkbox"/> | balcone/terrazza | <input type="checkbox"/> |
| camera da pranzo | <input type="checkbox"/> | ascensore | <input type="checkbox"/> |
| Soggiorno | <input type="checkbox"/> | altro (specificare): | |
| Ripostiglio | <input type="checkbox"/> | | |

Modalità dell'infortunio (possibili risposte multiple, al massimo tre):

- Caduta
 - urto o schiacciamento accidentale
 - Taglio
 - Puntura
 - soffocamento
 - penetrazione accidentale attraverso orifizi naturali (occhio, bocca ecc.)
 - immersione/sommersione
 - avvelenamento/intossicazione (es.: prodotti chimici, farmaci, alimenti avariati, inalazione accidentale ecc.)
 - ustione termica/chimica
 - contatto diretto cutaneo/mucoso (reazioni flogistiche/allergiche)
 - elettrocuzione
 - altro (specificare):
-
-

Attività svolta al momento dell'infortunio (una sola risposta):

1. attività domestiche usuali (cucinare, pulire ecc)
2. Piccole riparazioni (es.: sostituzione lampadina, piccoli interventi di idraulica ecc.)
3. riparazioni/manutenzioni maggiori (es.: rete elettrica, impianti per riscaldamento, tinteggiatura muri ecc.)
4. Attività quotidiane fisiologiche (bere, mangiare ecc.)
5. attività "di tempo libero" (pittura, modellismo, giardinaggio ecc.)
6. attività legate alla cura dell'igiene personale
7. attività ludico-sportive
8. assistenza a bambini, anziani o disabili

}

altra (descrivere):

Agente materiale (possibili risposte multiple):

- coltello
- forchetta
- forbici
- apriscatole
- affettatrice
- altro utensile da cucina
- fornelli
- accendini/fiammiferi
- pentole a pressione
- altre pentole
- braciere/barbecue accesi
- camini accesi
- scala fissa
- scala a pioli
- scala a libretto/forbice
- pavimento
- tappeto/tappezzeria
- mobilio
- sedia
- sgabello
- seggiolone
- doccia
- vasca da bagno
- piscina
- vetri e specchi
- infissi (porte/finestre)
- serranda
- cancello
- altra struttura edile:

Agente materiale (continua) (possibili risposte multiple) :

- macchina da cucire
- martello
- saldatore
- sega elettrica
- sega non elettrica
- trapano elettrico
- trapano manuale
- altro attrezzo da lavoro (*descrivere*): _____
- aspirapolvere/battitappeto
- frigorifero
- lavatrice
- lavastoviglie
- forno
- televisione
- radio
- personal computer
- console per videogiochi
- frullatore
- macchina da caffè
- ferro da stiro
- asciugacapelli
- tostapane
- altro piccolo elettrodomestico
- altro elettrodomestico
- presa elettrica
- impianto elettrico
- caldaia a gas
- gas
- caldaia a legna
- caldaia elettrica
- scaldabagno elettrico
- scaldabagno a gas
- stufa da riscaldamento
- culla/lettino
- fasciatoio
- passeggino/carrozzina
- giocattoli
- giocattoli elettrici/elettronici
- strutture ludiche (scivoli, altalene ecc.)
- strutture/attrezzi sportivi

Agente materiale (continua) (possibili risposte multiple):

- abiti/indumenti
 - coperte
 - cuscini
 - letto
 - acqua bollente
 - alimenti bollenti
 - alimenti avariati
 - alimenti
 - alcolici
 - sigaretta/sigaro/pipa
 - antiparassitari
 - piante
 - cosmetici
 - detersivi/detergenti
 - farmaci
 - sostanze liquide corrosive (acidi, alcali)
 - altre sostanze o prodotti chimici
 - animali
 - sacchetto di plastica
 - altro (specificare):
-
-
-

Note (ad esempio precisare se l'infortunio è dovuto in parte o totalmente all'utilizzo di ausili, quali sedia a rotelle, stampelle, ecc.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Sede anatomica di lesione * (possibili risposte multiple) :

* Sede anatomica delle lesioni : specificando oltre la lesione principale (1^a lesione) le altre eventuali lesioni associate di minor rilevanza (2^a e 3^a lesione)

| | 1 ^a lesione | 2 ^a lesione | 3 ^a lesione |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. capo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. occhio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. naso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. orecchio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. bocca\denti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. viso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. collo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. torace | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. schiena | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. addome | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. bacino | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. uro-genitale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. arti superiori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. mano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. arti inferiori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. piede | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. altra sede | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tipo di lesione (possibili risposte multiple) :

| | 1 ^a lesione | 2 ^a lesione | 3 ^a lesione |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. contusione\trauma superficiale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. strappo\stiramento muscolare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. frattura | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. lussazione\distorsione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. lesione organi interni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. lesione vasi sanguigni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. lesione di nervi\tessuto nervoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. amputazione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. schiacciamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ustione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. avvelenamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. soffocamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. elettrocuzione | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. lesione da corpi estranei | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. non specificata/definita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| altro (specificare): | | | |
| | | | |

INFORMAZIONI GENERALI SULL'INFORTUNATO

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) _____

Sesso: Maschio M Femmina F

Stato civile:

- | | | |
|---------------------------|---|--------------------------|
| 1. Celibe/nubile | } | <input type="checkbox"/> |
| 2. Coniugato/a di fatto | | |
| 3. Coniugato/a legalmente | | |
| 4. Divorziato/a | | |
| 5. Separato/a | | |
| 6. Vedovo/a | | |

In casa con Lei vive/vivono (indicare tutte le persone che vivono in casa):

- | | |
|----------------------------|-----------------------|
| 1. coniuge/convivente | |
| 2. figli minori di 18 anni | indicare quanti _____ |
| 3. figli maggiorenni | indicare quanti _____ |
| 4. altri parenti | |
| 5. badante | |
| 6. vivo da solo/a | |

Comune di nascita: _____

Domicilio (indirizzo): _____

Comune: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Indirizzo E-mail : _____

Cittadinanza Italiana Altra (specificare) _____

E' disponibile per ulteriori interviste, approfondimenti in un secondo tempo? Sì No

Titolo di studio:

1. laurea
2. diploma di scuola media superiore
3. licenza scuola media inferiore
4. licenza elementare
5. nessun titolo – sa leggere e scrivere
6. nessun titolo – non sa leggere e/o scrivere

}

Condizione professionale:

1. occupato
2. casalingo/a
3. ritirato/a dal lavoro
4. altra condizione (specificare)

}

Posizione nella professione (*se lavora ancora, o riferita all'ultima occupazione*):

1. dirigente
2. impiegato
3. operaio
4. imprenditore
5. libero professionista
6. lavoratore in proprio
7. altro

}

Indicare il numero di ore lavorative per settimana: n°

INFORMAZIONI GENERALI SULL'ABITAZIONE DELL'INFORTUNATO

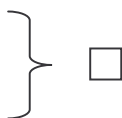
Tipo di abitazione *(una sola risposta)*:

1. villa o villetta indipendente
2. villetta " a schiera"
3. appartamento di lusso
4. appartamento nella media
5. appartamento economico-popolare
6. casa rurale
7. abitazione "precaria"
8. altra tipologia (descrivere):



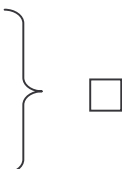
Titolo di godimento *(una sola risposta)*:

1. affitto
2. proprietà
3. altro titolo



Stato di conservazione/manutenzione dell'abitazione

1. ottimo
2. buono
3. mediocre
4. pessimo



Descrizione dell'abitazione (specificare il tipo e numero dei locali)

| | | | | |
|---------------------|----|--------------------------|--|--------------------------|
| ingresso | n° | <input type="checkbox"/> | precisare se molto piccolo (solo disimpegno, non arredato) | <input type="checkbox"/> |
| cucina | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| corridoio | n° | <input type="checkbox"/> | precisare se molto piccolo (solo disimpegno, non arredato) | <input type="checkbox"/> |
| bagno | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| camera da letto | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| camera da pranzo | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| soggiorno | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| ripostiglio | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| garage | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| cantina | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| soffitta | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| giardino | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| balcone/terrazza | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| ascensore | n° | <input type="checkbox"/> | | |
| altro (specificare) | n° | <input type="checkbox"/> | | |

Numero di livelli della propria abitazione (una sola risposta)

| | | |
|------------------------|---|--------------------------|
| 1. su di un piano | } | <input type="checkbox"/> |
| 2. su due piani | | |
| 3. altro (specificare) | | |

Tipo di riscaldamento dell'abitazione (sono possibili più risposte)

| | | |
|------------------------|---|--------------------------|
| 1. centralizzato | } | <input type="checkbox"/> |
| 2. autonomo | | |
| 3. altro (specificare) | | |

Presenza di caminetti o bracieri

No Si

Tipo di combustibile usato nell'abitazione (sono possibili più risposte)

| | |
|-------------------------|--------------------------|
| 1. metano | <input type="checkbox"/> |
| 2. GPL | <input type="checkbox"/> |
| 3. gasolio | <input type="checkbox"/> |
| 4. legna/carbone | <input type="checkbox"/> |
| 5. altro (specificare): | |

Presenza di animali (sono possibili più risposte)

| | | | | | |
|---------------|----|--------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Cani | n° | <input type="checkbox"/> | Questi vivono di regola in casa? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Gatti | n° | <input type="checkbox"/> | Questi vivono di regola in casa? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Altri animali | n° | <input type="checkbox"/> | Questi vivono di regola in casa? | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

Se non cani e gatti, precisarne la specie:

INFORMAZIONI GENERALI SULL'ATTIVITA' QUOTIDIANA DELL'INFORTUNATO

Mediamente ogni giorno, escludendo le ore di sonno, quante ore trascorre a casa per ciascuna parte della giornata ?

| | | |
|-------------------|--------|----------------------|
| Tutta la giornata | | <input type="text"/> |
| Mattina | n° ore | <input type="text"/> |
| Pomeriggio | n° ore | <input type="text"/> |
| Sera | n° ore | <input type="text"/> |

Lei esplica abitualmente attività domestiche? No Si

Mediamente ogni giorno quante ore dedica ai lavori domestici per ciascuna parte della giornata (precisare soltanto se i lavori domestici vengono svolti direttamente) ?

| | | |
|------------|--------|----------------------|
| Mattina | n° ore | <input type="text"/> |
| Pomeriggio | n° ore | <input type="text"/> |
| Sera | n° ore | <input type="text"/> |

Ha qualcuno che La aiuta per i lavori domestici (Precisi chi)?

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| un familiare che abita con lei | <input type="checkbox"/> |
| un parente che non abita con lei | <input type="checkbox"/> |
| un collaboratore domestico | <input type="checkbox"/> |

altra persona, precisare:

Può indicare per ciascuna attività sottoelencata il tempo dedicato mediamente al giorno od alla settimana (se una delle attività elencate non viene svolta quotidianamente):

| | | Al giorno | Alla settimana |
|---|---------------|-----------|----------------|
| 1. dormire | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 2. raggiungere il posto di lavoro (includere andata e ritorno) | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 3. lavare stoviglie | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 4. pulire la casa | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 5. riordinare le stanze | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 6. cucinare | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 7. lavare panni | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 8. stirare | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 9. cura personale | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 10. cura dei figli | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 11. assistenza e cura anziani/malati | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 12. cura animali domestici | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 13. giardinaggio | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 14. hobby e tempo libero (modellismo, bricolage, lettura, passeggiate all'aperto, cinema, teatro, tv, ecc.) | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 15. uso computer/Internet | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |
| 16. altra attività _____ | <i>n° ore</i> | _____ | _____ |

Mediamente quanto tempo dedica a lavori di piccole riparazioni (sostituzione di lampadine, spine elettriche, guarnizioni di tubi, attacco quadri, ecc.) ?

N° ore/settimana _____ oppure N° ore/mese _____

Mediamente quanto tempo dedica a lavori di manutenzione occasionale (lavori sull'impianto elettrico, idraulico, tinteggiature dei muri, ecc.) ?

N° ore/settimana _____ oppure N° ore/mese _____ oppure N° giornate/anno _____

Abitudine al fumo (una sola risposta)

- 1. fuma attualmente
 - 2. ha fumato in passato
 - 3. non ha mai fumato
- }

Per quanti anni complessivamente ha fumato/da quanti anni fuma?

Da quanti anni ha smesso di fumare?

Tipo di fumo (una sola risposta)

- 1. sigarette
 - 2. sigari
 - 3. pipa
- }

se fuma/va sigarette o sigari specificarne il numero al giorno

se fuma/va la pipa, specificare quante volte al giorno

Quali tra le altre persone che vivono con Lei fumano (sono possibili più risposte)?

nessuno coniuge/convivente
figli altri (specificare) _____

In totale quante persone che vivono con Lei fumano? _____

Beve alcolici? NO SI

Se si, in che occasioni?

- 1. abitualmente durante i pasti
 - 2. abitualmente anche fuori dai pasti
 - 3. solo in circostanze particolari¹
- }

¹ Se “solo in circostanze particolari” specificare quali: _____

Indicare che tipo di alcolici beve ed il numero medio di bicchieri assunto in un giorno (sono possibili più risposte):

| | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------------|-------|
| birra | <input type="checkbox"/> | n. bicchieri/giorno | _____ |
| vino | <input type="checkbox"/> | n. bicchieri/giorno | _____ |
| super alcolici | <input type="checkbox"/> | n. bicchieri/giorno | _____ |
| altro tipo (precisare) | _____ | n. bicchieri/giorno | _____ |

Nella sua abitazione sono presenti animali? NO SI

se SI, specificare: _____

Nella sua abitazione (inclusi gli esterni) sono presenti piante ornamentali? NO SI

DATI SANITARI RELATIVI ALL'INFORTUNATO

Soffre di patologie croniche o di disturbi della salute che ricorrono periodicamente (possibili risposte multiple) ?

- Ipertensione (“pressione alta”)
 - Diabete
 - Cardiopatie
 - Esiti di ictus (“paralisi o paresi”)
 - Patologie respiratorie (*bronchite cronica, asma bronchiale, ecc.*)
 - Epatopatia cronica (*epatiti croniche virali, steatosi o cirrosi, ecc.*)
 - Parkinson
 - Vertigini
 - Disturbi della visione (*cataratta, ecc.*)
 - Disturbi dell'udito (sordità gravi)
 - Artrosi grave
 - Osteoporosi
 - Demenze senili
 - Morbo di Alzheimer
 - altro (specificare):
-

E' portatore di handicap?

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> No |
| <ul style="list-style-type: none">• Si, prima dell'incidente <input type="checkbox"/> fisico (<i>specificare</i>): <p>.....</p> <p>Questa invalidità comportava importanti limitazioni nei movimenti tali da necessitare l'uso di ausili (<i>es. stampelle, sedia a rotelle, girello, ecc.</i>) <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none">• Si, prima dell'incidente <input type="checkbox"/> psichico (<i>specificare</i>): <p>.....</p> |
| <ul style="list-style-type: none">• Si, a seguito dell'incidente <input type="checkbox"/> fisico (<i>specificare</i>): <p>.....</p> <p>Questa invalidità comportava importanti limitazioni nei movimenti tali da necessitare l'uso di ausili (<i>es. stampelle, sedia a rotelle, girello, ecc.</i>) <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none">• Si, a seguito dell'incidente <input type="checkbox"/> psichico (<i>specificare</i>): <p>.....</p> |

Le è stata riconosciuta una invalidità permanente (commissioni invalidi del SSN)?

| | | |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | NO | |
| <input type="checkbox"/> | Si, prima dell'incidente | diagnosi |
| | | |
| | | grado percentuale |
| <input type="checkbox"/> | Si, a seguito dell'incidente | diagnosi |
| | | |
| | | grado percentuale |

Nelle 4 settimane precedenti l'infortunio ha avuto qualche malattia o qualche disturbo di salute (esclusi gli infortuni/incidenti, es. incidenti stradali, ecc.)*?

**Intendendo oltre ai disturbi maggiori(es.: polmonite, appendicite, ecc.) anche quelli minori (es.: raffreddore, mal di testa, dolori addominali, tosse, ecc.). le malattie croniche vanno considerate, anche se manifestatesi prima delle 4 settimane, purché abbiano dato disturbi di salute durante queste settimane.*

| | | |
|--------------------------|----|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | No | |
| <input type="checkbox"/> | Si | diagnosi |
| | | |
| | | Cl. ICD IX : |
| <input type="checkbox"/> | Si | diagnosi |
| | | |
| | | Cl. ICD IX : |
| <input type="checkbox"/> | Si | diagnosi |
| | | |
| | | Cl. ICD IX : |

Nelle 4 settimane antecedenti l'infortunio per cui è ricoverato le sue condizioni di salute sono state compromesse da altri disturbi dovuti ad altri eventi infortunistici (intesi come eventi violenti, da causa esterna, - inclusi gli avvelenamenti, es. incidenti stradali, soffocamenti) comportanti ferite, fratture, contusioni, lussazioni, distorsioni, ustioni, ecc.?

| | | |
|--------------------------|----|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | No | |
| <input type="checkbox"/> | Si | diagnosi |
| | | |
| | | Cl. ICD IX : |
| <input type="checkbox"/> | Si | diagnosi |
| | | |
| | | Cl. ICD IX : |
| <input type="checkbox"/> | Si | diagnosi |
| | | |
| | | Cl. ICD IX : |

Nelle 24 ore antecedenti l'incidento aveva assunto farmaci?

No

Sì SI (specificare il nome commerciale del prodotto/i usato/i): _____

Nelle 12 ore antecedenti l'incidento aveva assunto alcolici?

No

Sì, specificare il tipo di assunzione e n° bicchieri (*possibile risposta multipla*)

| | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------|-------|
| birra | <input type="checkbox"/> | n. bicchieri | _____ |
| vino | <input type="checkbox"/> | n. bicchieri | _____ |
| super alcolici | <input type="checkbox"/> | n. bicchieri | _____ |
| altro tipo (precisare) | _____ | n. bicchieri | _____ |

Le conseguenze dell'incidento hanno comportato ricorso a: (*possibili risposte multiple*)

- assistenza di familiari/amici/vicini
- visita medica presso strutture sanitarie pubbliche/private
- assistenza medica tramite 118
- pronto soccorso di strutture ospedaliere
- ricovero in strutture sanitarie pubbliche/private (specificare il n° di gg. di ricovero)
- altro

Sulla base della certificazione e documentazione medica prodotta a seguito dell'incidento può specificare il numero di giorni di prognosi espressi (*possibili risposte multiple*)?

No

Si (precisare)

| | | |
|---|--------|-------|
| Pronto Soccorso | n° gg. | _____ |
| Medico convenzionato di Medicina Generale | n° gg. | _____ |
| Medico non convenzionato/i (privato/i) | n° gg. | _____ |
| Medico specialista presso strutture ambulatoriali convenzionate | n° gg. | _____ |

Le conseguenze dell'incidento hanno comportato limitazione totale*¹ delle seguenti attività:

| | | | | |
|--------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| domestiche | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| lavoro | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| tempo libero | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

Specificare il numero complessivo di giornate di limitazione totale: gg.

*¹ si intende una limitazione che comporta l'allettamento o l'immobilizzazione di un arto o di un distretto corporeo o che in ogni caso produce una rilevante limitazione funzionale tale da compromettere lo svolgimento delle principali attività quotidiane

Le conseguenze dell'infortunio hanno comportato limitazione parziale delle seguenti attività:

| | | | | |
|--------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| domestiche | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| lavoro | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| tempo libero | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

Specificare il numero complessivo di giornate di limitazione parziale: gg.

Le conseguenze dell'infortunio hanno comportato una permanenza a letto?

No

SI, in ospedale n. giornate

SI, in casa n. giornate

Nel caso di ricovero ospedaliero conseguente all'infortunio specificare:

data del ricovero

numero di giorni di degenza

intervento chirurgico nel corso del ricovero SI NO

se SI, specificarne il tipo:

diagnosi di dimissione (*se disponibile*)

Sono state prescritte terapie alla dimissione SI NO

se SI, specificarne il tipo:

farmacologiche (*precisare il nome dei farmaci usati e la durata della terapia*):
.....
.....
.....

riabilitative (*specificarne il tipo*):
.....
.....
.....

Le terapie riabilitative sono state effettuate:

- in casa mediante operatori "pubblici" (Distretti) n. giornate
- in casa mediante operatori "privati" n. giornate
- presso ospedale o struttura convenzionata n. giornate
- presso strutture private non convenzionate n. giornate

Nel caso (casi 2. e 4.) si sia ricorsi a "privati", non pagati dal Sistema Sanitario, per quale motivo lo si è fatto:

motivi non collegati a carenze del sistema sanitario pubblico

carezza del sistema sanitario pubblico quali:

gravità delle lesioni non ritenuta tale da richiedere assistenza

elevati tempi di attesa

Quanto ha speso complessivamente per le terapie riabilitative?

- fino a 100 euro
- da 101 a 200 euro
- da 201 a 300 euro
- da 301 a 400 euro
- oltre 400

Le spese sanitarie conseguenti all'infortunio sono stati a carico (una risposta per riga):

| | parzialmente | totalmente |
|---|--------------------------|--------------------------|
| dell'infortunato | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| della Azienda Sanitaria Pubblica (A.S.S.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| dell'INAIL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| di una assicurazione privata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| del Comune o Ente locale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| di altri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Le conseguenze limitative sono ancora in corso?

- NO
- SI, riferite ad attività domestiche
- SI, riferite ad attività ludiche/tempo libero
- SI, riferite ad attività lavorativa
- SI, riconosciuta invalidità permanente dalle commissioni invalidi della A.S.S.

INFORMAZIONI RELATIVE ALLE CONOSCENZE ED AI COMPORAMENTI

Ritiene di essere a conoscenza dei principali fattori di rischio per gli infortuni in ambito domestico?

SI NO

In che modo ha acquisito tali informazioni?

- da conoscenti/parenti
 - da persone specializzate
 - da giornali/riviste
 - da trasmissioni radio-tv
 - da Internet
 - durante conferenze/corsi
 - da altre fonti
- (precisare:)
-

Può indicare secondo lei quali tra i seguenti fattori possono essere causa di infortunio in ambito domestico (possibili risposte multiple)?

- Età
 - Stato di salute
 - Distrazione
 - Errato comportamento della persona nello svolgimento di attività
 - Anomalie, usura o mal funzionamento degli oggetti di uso comune
 - Anomalie a carico di strutture, impianti ed ambienti di casa
 - Altri fattori
- (descrivere:)
-

E' consapevole delle conseguenze sulla salute della persona derivanti dal fumo (sia per chi fuma che per chi vive con fumatori)?

SI NO

E' informato/a sulle conseguenze sulla salute della persona derivanti dall'uso di bevande alcoliche?

SI NO

E' a conoscenza del pericolo derivante dalla conservazione di prodotti chimici (es. insetticidi, detersivi, acidi, anticalcare, "varechina", ecc.) in luoghi non adeguati?

SI NO

E' a conoscenza del pericolo derivante dalla scorretta conservazione dei farmaci (es.: danneggiamento della etichettatura originale, travaso delle sostanze in contenitori anonimi o di altri prodotti, scambio di confezione di farmaci ecc.)?

SI NO

E' a conoscenza del fatto che molte delle sostanze chimiche (**insetticidi, detersivi, acidi, anticalcare, varechina ecc.**) di uso comune domestico possono provocare danno alla persona oltre che per ingestione/inalazione anche mediante il contatto diretto con la cute?

SI NO

Riguardo all'uso di sostanze chimiche (**insetticidi, detersivi, acidi, anticalcare, varechina ecc.**), è a conoscenza che la miscelazione delle stesse può determinare reazioni chimiche (**es.: sprigionamento di vapori tossici**) potenzialmente lesive della persona?

SI NO

Può indicare il significato di ciascuno dei seguenti simboli riportati sulle etichette di prodotti/utensili?



significato:



significato:



significato:



significato:



significato:



significato:



significato:



significato:

E' a conoscenza che alcune piante ornamentali (es.: ciclamino, edera, oleandro, primula, tulipani, ecc.) attraverso il contatto diretto con cute e mucose o tramite l'ingestione o inalazione di parti di esse, possono provocare conseguenze per la salute della persona? SI NO

E' consapevole del pericolo derivante dalla inalazione di gas e dei prodotti volatili della combustione (Ossido di Carbonio soprattutto)? SI NO

Sa che in caso di perdite di gas non deve accendere la luce o attivare apparecchi elettrici, ma aprire immediatamente tutte le finestre e chiudere l'erogazione di gas? SI NO

E' a conoscenza se i principali impianti di casa (elettrico, idraulico, di erogazione gas) siano stati installati secondo i criteri rispondenti alla normativa vigente? SI NO

Quando richiede un intervento per la riparazione di un guasto o in generale per manutenzione si informa se il tecnico e/o la ditta incaricata sono in possesso dei requisiti previsti dalla normativa in merito allo svolgimento della loro attività? SI NO

Conosce i criteri in base ai quali il tecnico e/o le ditte incaricate richiamate alla domanda precedente sono ritenute essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa in merito allo svolgimento della loro attività? SI NO

Provvede alla conservazione delle sostanze chimiche di comune uso domestico (detersivi, prodotti per la pulizia della casa, farmaci, insetticidi ecc.) in luoghi sicuri o quantomeno di difficile accesso ai bambini? SI NO non sempre

Prima di utilizzarli o consumarli, lei controlla la validità/conservazione nel tempo dei prodotti (es. date di scadenza per alimenti, sostanze chimiche, farmaci)? } mai
 } qualche volta
 } spesso
 } sempre

Utilizza sistemi protettivi (es. guanti) nell'uso di prodotti per la casa (detersivi, prodotti per la pulizia ecc.)? } mai
 } qualche volta
 } spesso
 } sempre

Lei disattiva l'interruttore generale per ogni intervento sull'impianto elettrico (anche per cambiare una lampadina)? } mai
 } qualche volta
 } spesso
 } sempre

Le capita di tenere in bagno apparecchi portatili (phon, radio, termoventilatori, ecc.) in vicinanza di lavabi o vasche? } mai
 } qualche volta
 } spesso
 } sempre

| | | | | | | |
|--|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|
| Le capita di usare elettrodomestici con mani bagnate o piedi scalzi? | } | mai | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | qualche volta | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | spesso | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | sempre | <input type="checkbox"/> | | | |
| Lei controlla l'usura dei cavi e delle prolunghie degli apparecchi elettrici? | } | mai | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | qualche volta | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | spesso | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | sempre | <input type="checkbox"/> | | | |
| Le capita mai di transitare in prossimità di fornelli accesi con abbigliamento sintetico e/o capi di abbigliamento svolazzanti? | } | mai | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | qualche volta | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | spesso | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | sempre | <input type="checkbox"/> | | | |
| Nel caso possieda impianti di climatizzazione, provvede alla periodica pulizia dei filtri? | } | mai | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | qualche volta | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | spesso | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | sempre | <input type="checkbox"/> | | | |
| Provvede alla periodica manutenzione dei principali impianti (elettrico, idraulico, di erogazione di gas - cucina, scaldabagno-, ecc.)? | } | mai | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | qualche volta | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | spesso | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | sempre | <input type="checkbox"/> | | | |
| I tubi che portano gas ai fornelli sono in acciaio? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | non so | <input type="checkbox"/> |
| Qualora i suddetti tubi siano di gomma, potrebbe indicare se essi sono (una risposta per riga): | | | | | | |
| - Fermati alle due estremità con fascette di sicurezza | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | non so | <input type="checkbox"/> |
| - Marchiati UNI-CIG | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | non so | <input type="checkbox"/> |
| - Scaduti (controlla la data di scadenza stampigliata lungo i tubi?) | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | non so | <input type="checkbox"/> |
| La vasca da bagno e/o la doccia è provvista di maniglie od altri punti di presa per renderne sicure l'entrata e l'uscita? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | | |
| Presso la vasca e/o la doccia c'è il campanello o il tirante d'allarme? | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | | |



Osservatorio Nazionale sugli Ambienti di vita

QUESTIONARIO INFORTUNI DOMESTICI

Scheda abitazione

N° di scheda Data sopralluogo (gg/mm/aaaa)..... nome intervistatore

Tipo di abitazione (una sola risposta)

1. villa o villetta indipendente
2. villetta “ a schiera”
3. appartamento di lusso
4. appartamento nella media
5. appartamento economico-popolare
6. casa rurale
7. abitazione “precaria”
8. altra tipologia (descrivere): _____

}

vetustà della stessa (una sola risposta)

1. meno di dieci anni
2. tra undici e trent’anni
3. più di trent’anni

}

Se si conosce esattamente l’anno di costruzione della casa lo si può precisare: _____

stato di conservazione dell’ abitazione (una sola risposta)

1. ottimo
2. buono
3. mediocre
4. pessimo

}

Titolo di godimento (una sola risposta)

1. Affitto
2. Proprietà
3. Altro titolo

}

Descrizione dell'abitazione (specificare il tipo e numero dei locali)

| | | |
|---------------------|----|--------------------------|
| ingresso | n° | <input type="checkbox"/> |
| cucina | n° | <input type="checkbox"/> |
| corridoio | n° | <input type="checkbox"/> |
| bagno | n° | <input type="checkbox"/> |
| camera da letto | n° | <input type="checkbox"/> |
| camera da pranzo | n° | <input type="checkbox"/> |
| soggiorno | n° | <input type="checkbox"/> |
| ripostiglio | n° | <input type="checkbox"/> |
| garage | n° | <input type="checkbox"/> |
| cantina | n° | <input type="checkbox"/> |
| soffitta | n° | <input type="checkbox"/> |
| giardino | n° | <input type="checkbox"/> |
| balcone/terrazza | n° | <input type="checkbox"/> |
| ascensore | n° | <input type="checkbox"/> |
| altro (specificare) | n° | <input type="checkbox"/> |

Numero di livelli della propria abitazione (una sola risposta)

1. su di un piano }
2. su due piani }
3. altro (specificare)

Tipo di riscaldamento della abitazione (sono possibili più risposte)

- Centralizzato su di un piano
Autonomo su due piani
Apparecchio/i singolo/i (es. stufa elettrica, a gas, ecc.)

Per gli impianti autonomi è presente il libretto di manutenzione? Si No

Presenza di camini/bracieri No Si

Tipo di combustibile usato nel domicilio (possibili risposte multiple)

- metano
GPL
gasolio
legna/carbone
altro (specificare): _____

Sistemi di ventilazione e ricambio dell'aria nei locali ove sono installati apparecchi a gas

Griglie (foro a muro o su infisso) No Si in quale locale?

Cappe aspiranti No Si in quale locale?

Sistemi meccanici di aspirazione No Si in quale locale?

Nessuno

La caldaia, lo scaldacqua a gas ed i fornelli della cucina sono provvisti del dispositivo di interruzione automatica dell'erogazione in caso di spegnimento accidentale della fiamma?

Si No

Nell'abitazione sono presenti scale ?

Si No

se si, specificare tipo e presenza o meno di corrimano (precisare se segue tutta la lunghezza della scala)

Le scale si presentano in buono stato di conservazione?

Si No

se NO, specificare _____

Finitura (mattonelle, legno, PVC, ecc.) e caratteristiche del pavimento dei singoli locali

| | descrizione | eventuali fattori di rischio (segnare con una X) | | |
|-------------------|-------------|---|-----------|----------------|
| | | scivoloso | sconnesso | mal illuminato |
| Ingresso | | | | |
| Cucina | | | | |
| Corridoio | | | | |
| Bagno | | | | |
| Camera da letto | | | | |
| Camera da pranzo | | | | |
| Soggiorno | | | | |
| Ripostiglio | | | | |
| Cantina | | | | |
| Soffitta | | | | |
| Balcone/ Terrazza | | | | |
| Garage | | | | |

Numero e tipo di elettrodomestici ed apparecchi elettrici presenti nei locali dell'abitazione

| | descrizione | descrizione | n° apparecchi |
|--------------------------|-------------|-------------|---------------|
| Ingresso | | | |
| Cucina | | | |
| Corridoio | | | |
| Bagno | | | |
| Camera da letto | | | |
| Camera da pranzo | | | |
| Soggiorno | | | |
| Ripostiglio | | | |
| Cantina | | | |
| Soffitta | | | |
| Balcone/ Terrazza | | | |
| Garage | | | |

Le prese di corrente sono del tipo a sicurezza (strutturate in modo da evitare l'introduzione di altri oggetti)?

Si No