

SEGNALAZIONE EVENTO MORSO ZECCA

Il/la sottoscritto/a COGNOME NOME

afferente al (DIPARTIMENTO/STRUTTURA)

in qualità di (PROF/RICERCATORE/TA/DOTTORANDO/altro)

DICHIARA

che il giorno (DATA EVENTO) presso (LUOGO) mentre svolgeva la sua attività lavorativa è stato/a morso/a da una zecca

Dopo quante ore dall'attività all'aperto è stata rimossa la zecca: _____

È già accaduto un evento simile? Solo in passato Anche recentemente NO

Se recente, indicare la data presunta del morso di zecca _____

Si consiglia di segnalare al proprio medico di medicina generale l'avvenuto morso di zecca.

E' necessario rivolgersi al proprio medico di medicina generale, o al medico competente, se nei giorni e nelle settimane successive alla rimozione della zecca compare un arrossamento nella zona del morso che tende ad allargarsi oppure in caso di sintomi quali febbre, mal di testa, debolezza, dolori alle articolazioni.

DESCRIZIONE SINTETICA DELL'ATTIVITÀ CHE VENIVA SVOLTA DURANTE L'EVENTO

TIPO DI MISURE PREVENTIVE ATTUATE DURANTE L'ATTIVITÀ:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indossavo abiti chiari | <input type="checkbox"/> Ho usato repellenti per insetti |
| <input type="checkbox"/> Avevo le estremità coperte | Se sì, quale repellente _____ |
| <input type="checkbox"/> Indossavo stivali | <input type="checkbox"/> Ho usato pesticidi sull'attrezzatura |
| <input type="checkbox"/> Indossavo pantaloni lunghi | Se sì, quale pesticida _____ |
| <input type="checkbox"/> Mi sono addentrato in zone con erba alta | |

Ho la vaccinazione TBE? SI NO

Se sì, quando è stato completato il ciclo vaccinale o a quando risale l'ultimo richiamo? _____

DATA COMPILAZIONE

FIRMA

ALLEGATO 2



SEGNALAZIONE EVENTO MORSO ZECCA

IL PREPOSTO

DATA COMPILAZIONE/RICEZIONE

COGNOME/NOME.....

FIRMA

IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO o CAPO STRUTTURA

DATA RICEZIONE COMUNICAZIONE

COGNOME/NOME.....

FIRMA

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

DATA RICEZIONE

COGNOME/NOME.....

FIRMA

ALLEGATO 2

Il presente modulo deve essere inviato a: prevenzione@units.it