

# SCHEDA DENUNCIA INFORTUNIO

Spazio Riservato alla Scuola

Spazio Riservato all'Assicurazione

Data di Compilazione Scheda: \_\_\_\_\_

Allievo

Personale scolastico

Estraneo

Classe: \_\_\_\_\_ Scuola: \_\_\_\_\_ Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME INFORTUNATO: \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Residenza: \_\_\_\_\_ Via: \_\_\_\_\_

Data infortunio: \_\_\_\_\_ Ora infortunio: \_\_\_\_\_

Descrizione infortunio:

---

---

---

---

---

Primi Soccorsi effettuati:

---

---

---

Numero giorni di Prognosi:

Firma del Genitore o di chi ne fa le veci: \_\_\_\_\_

Firma Insegnante: \_\_\_\_\_

Firma Dirigente Scolastico: \_\_\_\_\_

Allegati:

---

## CODIFICA INFORTUNI

<b>1 – Luogo:</b>	1 – Aula (classe) <input type="checkbox"/>
	2 – Laboratorio <input type="checkbox"/>
	3 – Palestra <input type="checkbox"/>
	4 – Toilette <input type="checkbox"/>
	5 – Giardino <input type="checkbox"/>
	6 – Aree comuni (corridoi, saloni, etc.) <input type="checkbox"/>
	7 – Scale <input type="checkbox"/>
	8 – Mensa <input type="checkbox"/>
	9 – Altro (specificare): <input type="checkbox"/>

<b>2 – Momento:</b>	1 – Ingresso <input type="checkbox"/>
	2 – Lezione <input type="checkbox"/>
	3 – Durante gioco <input type="checkbox"/>
	4 – Durante attività ginnica <input type="checkbox"/>
	5 – Intervallo <input type="checkbox"/>
	6 – Durante pasto <input type="checkbox"/>
	7 – Uscita <input type="checkbox"/>
	8 – Altro (specificare): <input type="checkbox"/>

<b>3a – Lesione: TIPO</b>	1 – Contusione <input type="checkbox"/>
	2 – Ferita <input type="checkbox"/>
	3 – Frattura <input type="checkbox"/>
	4 – Ustione <input type="checkbox"/>
	5 – Ingestione <input type="checkbox"/>
	6 – Intossicazione/avvelenamento <input type="checkbox"/>
	7 – Difficoltà respiratorie <input type="checkbox"/>
	8 – Penetrazione corpo estraneo <input type="checkbox"/>
	9 – Avulsione dentaria <input type="checkbox"/>
	10 – Altro (specificare): <input type="checkbox"/>

<b>3b – Lesione: SEDE</b>	1 – Mani <input type="checkbox"/>
	2 – Piedi <input type="checkbox"/>
	3 – Arti superiori <input type="checkbox"/>
	4 – Arti inferiori <input type="checkbox"/>
	5 – Cranio <input type="checkbox"/>
	6 – Volto <input type="checkbox"/>
	7 – Occhio <input type="checkbox"/>
	8 – Torace <input type="checkbox"/>
	9 – Addome <input type="checkbox"/>
	10 – Schiena <input type="checkbox"/>
	11 – Altro (specificare): <input type="checkbox"/>

<b>4a – Dinamica: ATTIVA</b>	1 – Contatto con <input type="checkbox"/>
	2 – Ha calpestato <input type="checkbox"/>
	3 – Si è colpito con <input type="checkbox"/>
	4 – Ha ingerito <input type="checkbox"/>
	5 – Si è punto con <input type="checkbox"/>
	6 – Sollevando, spostando <small>(escluso sforzo)</small> <input type="checkbox"/>
	7 – Ha urtato contro <input type="checkbox"/>
	8 – Ha messo un piede in fallo <input type="checkbox"/>
	9 – Movimento incoordinato <input type="checkbox"/>
	10 – Impigliato a, agganciato a <input type="checkbox"/>
	11 – Sollevando, spostando (sforzo) <input type="checkbox"/>
	12 – È scivolato <input type="checkbox"/>
	13 – È inciampato <input type="checkbox"/>
	14 – Altro (specificare): <input type="checkbox"/>

<b>4b – Dinamica: PASSIVA</b>	1 – Afferrato da <input type="checkbox"/>
	2 – Colpito da <input type="checkbox"/>
	3 – Spinto da <input type="checkbox"/>
	4 – Investito da <input type="checkbox"/>
	5 – Morso da <input type="checkbox"/>
	6 – Punto da <input type="checkbox"/>
	7 – Schiacciato da <input type="checkbox"/>
	8 – Urtato da <input type="checkbox"/>
	9 – Rimasto stretto tra <small>(incastrato)</small> <input type="checkbox"/>
	10 – Durante trasporto con automezzo <input type="checkbox"/>
	11 – Altro (specificare): <input type="checkbox"/>

<b>5 – Materiali:</b>	1 – Gas, vapori, fumi <input type="checkbox"/>
	2 – Materiali liquidi <input type="checkbox"/>
	3 – Materiali plastici <input type="checkbox"/>
	4 – Pietra <input type="checkbox"/>
	5 – Fuoco <input type="checkbox"/>
	6 – Schegge, detriti <input type="checkbox"/>
	7 – Funi, palloni <input type="checkbox"/>
	8 – Altro (specificare): <input type="checkbox"/>