

MODULO 3: INFERMIERA/E

Centro di Verona

Numero identificativo

--	--	--	--	--	--

Data di compilazione

				0	9
GIORNO		MESE		ANNO	

3.1 A quale numero di occupazione si riferisce il presente modulo

--

3.2 In cosa consisteva il suo lavoro? Identifichi la mansione principale.

- Infermiera nello studio di un medico di base
- Infermiera professionale in un ospedale
- Infermiera ausiliaria in un ospedale
- Assistente di anestesia
- Personale tecnico di laboratorio
- Infermiera/assistente sanitaria a domicilio
- Infermiera/assistente sanitaria in case alloggio o case di ricovero per anziani
- Ostetrica/levatrice
- Infermiera reparto di maternità
- Igienista dentale o assistente alla poltrona
- Altro

NO SI

3.3 Quanti giorni la settimana ha svolto le seguenti mansioni lavorative?

	MAI	<1 G/SETT.	1-3 GG/SETT.	4-7 GG/SETT.
Assistenza presso un medico di base				
Lavoro presso un ambulatorio medico				
Attività di paramedico				
Lavoro in Pronto Soccorso				
Lavoro in Terapia Intensiva (Rianimazione)				
Lavoro in Sala operatoria				
Lavoro in Endoscopia				
Lavoro in Oncologia				
Lavoro in Radiologia/Medicina Nucleare				
Preparazione di farmaci				
Somministrazione di farmaci				
Lavoro in laboratorio				
Lavoro come addetta/o alla disinfezione				

3.4 Quanti giorni la settimana ha fatto uso di guanti in lattice (gomma naturale) con talco?

MAI <1 G/SETT. 1-3 GG/SETT. 4-7 GG/SETT.

3.5 Quante paia di guanti in lattice con talco ha utilizzato al giorno?

NESSUNO 1-2 3-5 6-10 Più di 10

3.6 Quanti giorni la settimana ha fatto uso di guanti in lattice senza talco?

MAI <1 G/SETT. 1-3 GG/SETT. 4-7 GG/SETT.

3.7 Quante paia di guanti in lattice senza talco ha utilizzato al giorno?

NESSUNO 1-2 3-5 6-10 Più di 10

3.8 Quanti giorni la settimana ha utilizzato i seguenti prodotti per la pulizia?

	MAI	<1 G/SETT.	1-3 GG/SETT.	4-7 GG/SETT.
Detersivi in polvere				
Detergenti liquidi multi-uso				
Candeggianti (<i>ACE, CANDEGGINA</i>)				
Ammoniaca				
Solventi, smacchiatori (<i>TRIELINA, SALESMACCHIA, ecc.</i>)				
Qualsiasi spray per le pulizie				
Altri prodotti per le pulizie				

3.9 C'è stato un altro periodo in cui ha lavorato come infermiera/e?

NO Ritorna alla prima pagina dei Moduli

SI Con compiti sostanzialmente differenti
 COMPLETARE UN ALTRO MODULO 3

SI Con compiti simili
 INDICARE IL NUMERO O I NUMERI DELL'OCCUPAZIONE
 DALLA MATRICE