

 XUNTA DE GALICIA CONSELLERÍA DE SANIDADE		ANEXO I AMIANTO. PERSONAS EXPUESTAS/POSTEXPUESTAS	
PROCEDIMIENTO REMISIÓN DE EXPOSICIÓN A AMIANTO		CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO EAVIXIA	DOCUMENTO REMISIÓN
DATOS DEL FACULTATIVO			
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nº COLEGIADO/A	TELÉFONO DE CONTACTO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATOS DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN			
SERVICIO DE PREVENCIÓN*			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> PROPIO	<input type="checkbox"/> AJENO	<input type="checkbox"/> MANCOMUNADO <input type="checkbox"/> OTROS
HOSPITAL/CLÍNICA DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS		PROTOCOLO USADO (si es distinto del editado por las autoridades sanitarias)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATOS DEL/DE LA TRABAJADOR/A			
NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	DNI/NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA DE NACIMIENTO	CIP/ TARJETA SANITARIA	Nº AFILIACIÓN S.S.	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELÉFONO CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DIRECCIÓN			
TIPO DE VÍA	NOMBRE DE LA VÍA/DEL LUGAR	NÚM.	BLOQ. PISO PUERTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	PROVINCIA	MUNICIPIO	LOCALIDAD/PARROQUIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATOS GENERALES			
FECHA DE INTRODUCCIÓN DE LOS DATOS		FECHA DE NOTIFICACIÓN (fecha de vigilancia de la salud)*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PROVINCIA DEL CASO (residencia del trabajador)*		MUNICIPIO DEL CASO (residencia del trabajador)*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
VIGILANCIA DE LA SALUD			
<input type="text"/>			
EXPOSICIÓN ACTUAL			
EMPRESA ACTUAL (RERA)*		AÑO DE INICIO LABORAL	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
PROVINCIA CENTRO DE TRABAJO ACTUAL		MUNICIPIO CENTRO DE TRABAJO ACTUAL	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
ACTIVIDAD (CNAE)*		OCUPACIÓN (CNO)*	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
AÑO DE INICIO DE LA EXPOSICIÓN AL AMIANTO		AÑO DE FIN DE LA EXPOSICIÓN AL AMIANTO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
TIEMPO EN MESES DE LA EXPOSICIÓN AL AMIANTO			
<input type="text"/>			
			



**XUNTA DE GALICIA**
CONSELLERÍA DE SANIDADE**ANEXO I**
(continuación)
AMIANTO. PERSONAS EXPUESTAS/POSTEXPUESTAS**HÁBITO DE CONSUMO DE TABACO**

FUMADOR

SI FUMA DIARIAMENTE EN EL MOMENTO ACTUAL

CIGARRILLOS

Nº CIGARRILLOS/DÍA

Nº AÑOS

PIPA

Nº PIPA/DÍA

SI FUMABA DIARIAMENTE EN EL PASADO

PUROS

Nº PUROS/DÍA

FECHA EN LA QUE DEJÓ DE FUMAR

Nº AÑOS

SINTOMATOLOGÍA

TOS

EXPECTORACIÓN

GRADO DE DISNEA

EXPLORACIÓN FUNCIONAL RESPIRATORIA

INFORME DEL PATRÓN VENTILATORIO

EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX (O TAC)

ANOMALÍAS COMPATIBLES CON ASBESTOSIS (OIT DE 1980)

HISTORIAL LABORAL

OBSERVACIONES



**XUNTA DE GALICIA**
CONSELLERÍA DE SANIDADEANEXO I
(continuación)

AMIANTO. PERSONAS EXPUESTAS/POSTEXPUESTAS

RESULTADO DEL ESTUDIO REALIZADO***SIN RESULTADOS** SIN DESCUBRIMIENTOS PATOLÓGICOS**RESULTADOS PATOLÓGICOS EN RELACIÓN CON EL AMIANTO****ASBESTOSIS****DERRAMEN PLEURAL BENIGNO****PLACAS FIBROSIS PLEURALES****NEOPLASIAS CON POSIBLE RELACIÓN CON EL AMIANTO****MESOTELIOMA PLEURAL****NEOPLASIA PULMONAR****FIBROSIS PLEURAL DIFUSA CON REPERCUSIÓN FUNCIONAL****ATELECTASIA REDONDA****MESOTELIOMA PERITONEAL****OTRAS NEOPLASIAS****PERIODICIDAD REVISIÓN****PERIODICIDAD PAUTADA DE LA REVISIÓN****CAMBIO DEL PUESTO DE TRABAJO****POR INDICACIÓN MÉDICO-LABORAL****FIRMA DEL FACULTATIVO**

Lugar y fecha

 , de de 