



**Formulario Allegato 2:** Direttiva Accertamento dell'incapacità di prestare servizio nel settore ferroviario conformemente alle disposizioni della ordinanza sulle attività rilevanti per la sicurezza nel settore ferroviario (OASF; RS 742.141.2) (Stato 1° novembre 2016)

**Rapporto sull'esame medico relativo all'assunzione di alcol, stupefacenti o medicinali**

**1 Generalità**

Cognome:	Nome:	Data di nascita:
Sesso:	maschile	femminile
Indirizzo:		
Peso:	kg	Statura: cm

**2 L'interessato era:**

conducente di veicoli motore	capo operativo della circolazione	preparatore operativo di un movimento di manovra o di un treno
guardiano di sicurezza in un'area di lavoro nella zona dei binari		

2.1 Data e ora dell'evento:

il: alle:

2.2 Data e ora del prelievo di sangue:

10 ml 20 ml il: alle:

2.3 Data e ora del prelievo delle urine:

(ca. 100 ml) il: alle:

**3 Malattie:**

**4 Trattamento medico (medicazione di pronto soccorso):** No sì, quale?

**5 Dichiarazioni della persona interessata relative all'assunzione di alcol, stupefacenti, medicinali**

Abitudini di consumo:

Programma di metadone: Si No

5.1 Prima dell'evento:

Che cosa/quanto?

Come? (per stupefacenti/  
medicinali) da a

Quando? da a Fine dell'assunzione di alcol

5.2 Dopo l'evento:

Che cosa/quanto?

Come? (per stupefacenti/  
medicinali) da a

Quando? da a Fine dell'assunzione di alcol

5.3 Dichiarazioni dell'interessato riguardo a un eventuale consumo di alcol tra l'evento e il prelievo di sangue

**6 Dichiarazioni dell'interessato riguardo al sonno**

Ha dormito l'ultima volta il:                      Data:                      da                      a

**7 Dichiarazioni dell'interessato riguardo a tipo, quantità e ora dell'ultima assunzione di alimenti**

**Firma dell'assistente:**

**8 Risultato degli esami**

8.1 Orientamento (temporale, spaziale):

normale                      confuso

Amnesia riguardo  
all'evento:

Si                      No

8.2 Pelle:

segni di iniezioni recenti    segni di vecchie iniezioni                      cicatrici di iniezioni multiple

8.3 Setto nasale:

nessuna anomalia                      arrossato                      perforato

8.4 Bocca:

Odore di alcol                      odore di cannabis

8.5 Sintomi di crisi  
d'astinenza:

No                      Sì, quali?

8.6 Occhi:

movimenti normali                      Sì                      No

nistagmo rotatorio                      Sì                      No

pupille                      ristrette                      Medio                      dilatate

reazione alla luce                      rapida                      ritardata                      rallentata

congiuntive                      nessuna  
anomalia                      arrossate                      brillanti

**9 Test di attenzione**

9.1 Test di Romberg e «orologio interno»:

Posizione:    sicura                      vacillante                      impossibile da eseguire perché:

Tremito:    No                      Sì

Orologio  
interno:                      ..... secondi sono stati stimati 30 secondi

9.2 Test dita-naso in successione complessa  
(sequenza sinistra-destra, sinistra-destra, destra-sinistra)

Punta del naso                      toccata                      mancata

Sviluppo del movimento

normale                      a zig-zag                      tremore intenzionale

Sequenza (sinistra-destra, sinistra-destra, destra-sinistra):

corretta                      scorretta

9.3 Camminata lungo una linea (a occhi chiusi, un piede davanti all'altro):

sicura                      incerta                      impossibile da eseguire perché:

**10 Comportamento**

calmo                      stanco/apatico                      rallentato                      attivo

non distaccato                      aggressivo                      contrariato                      eccitato/irritato

piagnucoloso                      loquace

- 11 Umore**  
nessuna anomalia triste euforico
- 12 Espressione verbale**  
nessuna anomalia imprecisa balbettante
- 13 Comprensione verbale**  
nessun problema problematica, motivo:
- 14 Cooperazione**  
buona controvoglia rifiutata
- 15 Apprezzamento globale**  
**In base agli esami effettuati, il grado di inabilità è:**  
irrilevante leggero pronunciato
- 16 Osservazioni**
- 17 Mandante (servizio competente)**
- 18 Durata dell'esame**  
dalle: alle:
- 19 Luogo e data dell'esame:** **Firma e timbro del medico:**

*Va a:*

Originale all'autorità penale

Copia all'Ufficio federale dei trasporti

Copia all'impresa ferroviaria, al medico di fiducia e allo psicologo di fiducia

Copia al servizio competente che ha emesso l'ordine

Copia al laboratorio incaricato di effettuare l'analisi del sangue e delle urine, con richiesta di trasmettere il rapporto scritto delle analisi e la fattura a ...