

Allegato IS

**REPORT SULL'ATTIVITÀ
DEL MEDICO COMPETENTE**

I. DATI SUI LAVORATORI VISITATI NELL'ANNO:

N. di lavoratori visitati nell'anno in corso:	N. _____
N. di lavoratori a cui è stata registrata in cartella la misura della circonferenza addominale:	N. _____
N. di lavoratori con peso riportato in cartella:	N. _____
N. di lavoratori ai quali è stata misurata la statura:	N. _____
N. di lavoratori a cui è stato registrato il numero medio di porzioni di frutta e/o verdura consumate al giorno:	N. _____

2. DATI ANTROPOMETRICI

Inserire il numero di lavoratori nelle celle della tabella sottostante.

Circonferenza alla vita (cm)

Classi di BMI (kg/m ²)	Bassa		Alta		Molto alta	
	MASCHI (< 94)	FEMMINE (<80)	MASCHI (94-102)	FEMMINE (80-88)	MASCHI (>102)	FEMMINE (>88)
Sottopeso (<20)	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____
Normopeso (20-24.9)	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____
Sovrappeso (25-29.9)	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____
Obesità classe 1 (30-34.9)	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____
Obesità classe 2 (35-39.9)	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____
Obesità classe 3 (≥40)	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____	N. _____

Riferimento
 Rischio aumentato
 Rischio elevato
 Rischio molto elevato

4. CONSUMO DI FRUTTA E VERDURA

	MASCHI	FEMMINE
N. di lavoratori che consumano almeno 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno:	N. _____	N. _____

5. INTERVENTO

	Sempre, ad ogni lavoratore visitato	Spesso e comunque a più della metà dei lavoratori visitati	A meno della metà dei lavoratori	Raramente o mai
Il minimal advice alimentare è stato fornito ai sovrappeso/obesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Materiale informativo sull'alimentazione è stato fornito ai sovrappeso/obesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. RELAZIONE PERIODICA

Nella relazione periodica sono riportati:

I dati aggregati sul Body Mass Index	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I dati aggregati sulla circonferenza addominale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I dati aggregati sul consumo di frutta e verdura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

In fede, il Medico Competente, Dr _____

Data compilazione: ___ / ___ / _____