



Treball al CAP

Butlleta de notificació

Notificacions prèvies

ID ID ID

Dades del/de la pacient

CIP Nom Cognoms Domicili Municipi Data de naixement Home Dona País d'origen Telèfon 1 Telèfon 2 Mail Ocupació del treballador/a Tipus de contracte Nom de l'empresa Activitat de l'empresa Municipi de l'empresa

Dades relatives a la malaltia

Data de la notificació Ha estat visitat per la Mútua amb motiu d'aquesta malaltia? Sí No Actualment està de baixa? Sí No El/la treballador/a coneix l'existència del Servei de Prevenció de riscos laborals de la seva empresa? Sí No Nom del servei de prevenció Té companys/es que pateixin els mateixos símptomes? Sí No No ho sap

Diagnòstic/s de la/les malaltia/es que motiva/en la notificació del cas

1. 2. 3. El/la pacient autoritza que la USL es posi en contacte amb ell/ella? Sí No

Resum del cas

Dades del/de la professional declarant

Nom Cognoms Mail Nom del centre sanitari Agent notificador