Agència de Salut Pública

Unitat de Salut Laboral de Barcelona

# Treball al CAP
## Butlleta de notificació

Notificacions prèvies
ID
ID

**Dades del/de la pacient** ID

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

Pl. Lesseps, 1 · 08023 Barcelona · Tel. 93 238 45 65
usl@aspb.cat · https://www.aspb.cat/arees/salut-treball/introduccio/