



QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DEI DISTURBI MUSCOLOSCHIELETRICI

Data di compilazione _____

Azienda/Catena _____		Reparto (prevalente) _____		Comune _____	
Anno di nascita _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Peso Kg _____	Altezza cm _____	Provincia _____	
Razza: Bianca (caucasica) <input type="checkbox"/>		Nera <input type="checkbox"/>	Sudamericana <input type="checkbox"/>	Asiatica <input type="checkbox"/>	
Lavora a tempo pieno? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		A turni NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Ore/settimana _____	
Straordinari /Supplementare NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>		Se sì ore medie /mese _____			
Da quanto tempo lavora in questo settore (anni) _____		Anno di assunzione in questa azienda _____		Anzianità di mansione attuale (anni) _____	
Mansione (indicare %. Se prevalentemente addetto ad una sola mansione = 100%) Food e Non Food:					
Cassiera _____ Magazziniere/ Ricevitore _____ Manutenzione /Antitaccheggio/ Ufficio/ Cassa Centrale _____					
PLS (Prodotti a libero servizio): Rifornimento/Scaffalista _____ Frutta/verdura _____ Surgelati _____					Altro _____
Freschi (serviti) : gastronomia _____ Macelleria _____ Pescheria _____ Panetteria/pasticceria _____					
E' sottoposto a sorveglianza sanitaria periodica ? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> SE SI : Il Medico Competente ha espresso limitazioni lavorative per patologie: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> : alla Schiena <input type="checkbox"/> Arti Superiori <input type="checkbox"/> Arti Inferiori <input type="checkbox"/>					
TOTALE DEI GIORNI DI ASSENZA PER TUTTE LE MALATTIE NEGLI ULTIMI 12 MESI N° _____ giorni					

ARTI SUPERIORI: disturbi negli ultimi 12 mesi

SEGNALARE SOLO gli episodi che si siano presentati per almeno:
 1 settimana negli ultimi 12 mesi oppure 1 volta al mese negli ultimi 12 mesi

Arto dominante: destro sinistro

DOLORI ALLA SPALLA	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno) _____	DX	SX
DOLORI AL GOMITO	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno) _____	DX	SX
DOLORI A POLSO/MANO	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno) _____	DX	SX

FORMICOLII NOTTURNI MANI	NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno) _____	DX	SX
SE SI INDICARE QUALI DITA <input type="checkbox"/> POLLICE <input type="checkbox"/> INDICE <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> ANULARE <input type="checkbox"/> MIGNOLO <input type="checkbox"/> MANO INTERA				

Negli ultimi 12 mesi è stato in malattia per questi DISTURBI ? NO SI : N° giorni _____

Le hanno mai diagnosticato una delle seguenti patologie

Tendinopatia o lesioni tendinee	<input type="checkbox"/> Spalla (dx - sx) Quando ? _____	<input type="checkbox"/> Epicondilita (dx - sx) Quando ? _____	<input type="checkbox"/> Polso/mano (dx - sx) Quando ? _____	<input type="checkbox"/> tunnel carpale (dx - sx) Intr. N. Ulnare <input type="checkbox"/> (dx - sx)
Diagnosticata con quali esami <input type="checkbox"/> ecografia <input type="checkbox"/> risonanza <input type="checkbox"/> elettromiografia				
Ha mai avuto un infortunio / trauma arti superiori? NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Se SI quando (anno) ? _____				

Rilevatore _____

N° questionario _____

N° Addetti del negozio _____



RACHIDE LOMBOSACRALE (schiena)
SEGNALARE SOLO I DISTURBI COMParsi NEGLI ULTIMI 12 MESI:

<input type="checkbox"/> dolore/ fastidio pressoché tutti i giorni	<input type="checkbox"/> 3-4 episodi di dolore durati 2-3 giorni
<input type="checkbox"/> 10 episodi di dolore durati 1 giorno	<input type="checkbox"/> 8 episodi di dolore durati 2 giorni
<input type="checkbox"/> 2 episodi di dolore durati 30 giorni	<input type="checkbox"/> 1 episodio di dolore durati 90 giorni
Negli ultimi 12 mesi è stato in malattia per questi DISTURBI ? <input type="checkbox"/> NO SI <input type="checkbox"/> : N° giorni _____	

Ha mai sofferto per **LOMBALGIA ACUTA o "COLPO DELLA STREGA"** NO SI

Per lombalgia acuta si intende: episodio di dolore intenso in sede lombosacrale che non consente i movimenti di flessione, inclinazione e rotazione ("colpo della strega") e quindi costringe a letto l'interessato, il cui esordio può essere acuto o subdolo e durato almeno 2 giorni (o uno con terapia farmacologica). Questo tipo di episodi devono provocare una **ASSENZA DAL LAVORO** o la **PERMANENZA A LETTO** se occorre in giorni non lavorativi.

N° totale episodi acuti nella vita _____ anno del 1° episodio _____ N° episodi acuti nell'ultimo anno _____

Negli ultimi 12 mesi è stato **ASSENTE DAL LAVORO PER LOMBALGIA ACUTA?** NO SI : N° giorni _____

Le hanno mai diagnosticato

"ERNIA O PROTRUSIONE DISCALE NEL TRATTO LOMBOSACRALE ? NO SI Quando ? _____

Diagnosticata con quali esami Risonanza TAC Operata NO SI Quando? _____

GINOCCHIO: disturbi negli ultimi 12 mesi
SEGNALARE SOLO gli episodi che si siano presentati almeno:
 1 settimana negli ultimi 12 mesi oppure 1 volta al mese negli ultimi 12 mesi

DOLORI al GINOCCHIO NO SI QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI ? (anno) _____ DX SX

Negli ultimi 12 mesi è stato in malattia per questi DISTURBI ? NO SI : N° giorni _____

Le hanno mai diagnosticato una delle seguenti patologie: lesione meniscale o ai legamenti artrosi ginocchio Quando ? _____

Diagnosticata con quali esami TAC risonanza radiografia

Se ha riferito la presenza di disturbi muscoloscheletrici, lei ritiene che questi siano stati:

Provocati dal lavoro che svolge
 Peggiorati dal lavoro che svolge

Lei pensa che la sua salute o la sua sicurezza siano a rischio a causa del suo lavoro ?

NO SI NON SO

Il lavoro che svolge ha delle influenze sulla sua salute oppure no ?

Si soprattutto positivamente
 Si soprattutto negativamente
 No

Com'è in generale la sua salute? Lei direbbe che è....

<input type="checkbox"/> Molto buona	<input type="checkbox"/> Cattiva
<input type="checkbox"/> Buona	<input type="checkbox"/> Molto cattiva
<input type="checkbox"/> Discreta	<input type="checkbox"/> Non so

Rilevatore _____

N° questionario _____

N° Addetti del negozio _____