

Vibrazioni mano-braccio

Sorveglianza sanitaria preventiva

**Adattato da Edizione italiana del questionario sviluppato nell'ambito del
progetto UE VIBRISKS**

Iole Pinto, Nicola Stacchini (Dipartimento di Prevenzione - AUSL 7 di Siena)

Massimo Bovenzi (U.C.O. di Medicina del Lavoro - Università degli Studi di Trieste)

Edizione 2010

Sezione 1 - Dati personali

oo

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____
_____ Codice Postale |_|_|_|_|_|

Numero telefonico _____

oo

Numero serie |_|_|_|_|_| Data |_|_|_|_|_|

Sesso: M |_| F |_| Data di nascita |_|_|_|_|_| Et  |_|_|

Gruppo etnico: Europeo |_| Africano |_| Latino - Caraibico |_|
Asiatico |_| Altro _____

Altezza: |_|_| cm Peso: |_|_| kg

Mano dominante: Mano sinistra |_| Mano destra |_|

Stato civile: Single |_| Coniugato/a |_|
Vedovo/a |_| Divorziato/a |_|
Altro |_|

Quanti anni di scuola ha frequentato ? eguale o meno di 6 anni |_|
tra 7 e 12 anni |_|
piu' di 12 anni |_|

Sezione 2 - Storia lavorativa

2.1 Occupazione Attuale:

Ditta _____ Settore lavorativo _____

Mansione _____

Descrizione dell'attività lavorativa _____

Indichi la data di inizio del lavoro attuale: 19 |_|_|

Il Suo lavoro attuale implica l'uso di utensili che trasmettono vibrazioni alle mani?

No |_| Si |_|

Se no, vada alla domanda 2.2

Se si, quali utensili usa?

Tempo durante il quale la mano è in contatto con la vibrazione
--

Utensile usato	Minuti al giorno	Giorni /settimana	Settimane/anno	No. di anni
1 _____	_____	_____	_____	_____
2 _____	_____	_____	_____	_____
3 _____	_____	_____	_____	_____
4 _____	_____	_____	_____	_____
5 _____	_____	_____	_____	_____
6 _____	_____	_____	_____	_____
7 _____	_____	_____	_____	_____
8 _____	_____	_____	_____	_____

2.2 Occupazioni in passato con uso di utensili che trasmettono vibrazioni alle mani:

Tempo durante il quale la mano è in contatto con la vibrazione
--

Mansione	Ditta	Utensili usati	Minuti al giorno	Giorni / settimana	Settimane / anno	Anni del calendario
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19_ 19_
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19_ 19_
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19_ 19_
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19_ 19_
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19_ 19_
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19_ 19_
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19_ 19_

Descriva l'attività lavorativa svolta in passato con esposizione a vibrazioni trasmesse alla mano _____

Quando e' avvenuta la prima esposizione significativa alle vibrazioni trasmesse alla mano?: nel 19__ all'età di __

Quali sono i Suoi hobbies? _____

Nel tempo libero (al di fuori del lavoro) ha mai usato regolarmente un utensile o una macchina vibrante? No |_| Si |_|

Tempo durante il quale la mano è in contatto con la vibrazione
--

Utensile usato	Minuti/settimana	Settimane / anno	No. di anni
_____	_____	_____	_____

2.3 In una **giornata tipo** del Suo attuale lavoro si verifica una delle situazioni seguenti?

Quante volte in un giorno esegue lavori prolungati o ripetitivi con la schiena:

(a) piegata in avanti, indietro o lateralmente? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

(b) in torsione? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

(c) piegata e in torsione simultaneamente? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

Quante volte in un giorno il collo è ripetutamente o in modo prolungato:

(a) piegato in avanti, indietro o lateralmente? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

(b) in torsione? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

(c) piegato e in torsione simultaneamente? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

Quante volte in un giorno esegue per periodi prolungati o ripetutamente movimenti con il braccio allungato in avanti, all'esterno o sopra l'altezza delle spalle?

Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

Quante volte in un giorno esegue lavorazioni in cui gli avambracci e/o le mani compiono/assumono ripetutamente:

(a) movimenti di torsione? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

(b) movimenti energici? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

(c) posizioni o prese non confortevoli? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

(d) prolungati lavori di precisione? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

Se il lavoro comporta il sollevamento manuale di carichi, quante volte in un giorno:

(a) solleva carichi? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

(b) solleva con le mani 10 kg o più? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

(c) solleva con le mani 25 kg o più? Mai |_|, 1 - 4 |_|, 5 - 20 |_|, più di 20 |_|

- (d) manipola il carico sotto le ginocchia? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (e) manipola il carico sopra le spalle? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (f) ha difficoltà nell'afferrare il carico? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20

Quante volte in un giorno il lavoro comporta un ripetuto, prolungato o non agevole trasporto, spinta o traino di carichi? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20

Quante volte in un giorno il lavoro comporta una prolungata esecuzione di movimenti ripetitivi simili tra loro? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20

2.4 E' mai stato/a esposto/a ad **agenti chimici** sul posto di lavoro? No Si

Se si, a quali agenti chimici è stato/a esposto/a sul luogo di lavoro?

<i>Sostanze chimiche esposizione</i>	<i>Industria</i>	<i>Mansione</i>	<i>Anni di</i>
Solventi (n-esano, chetoni, solfuro di carbonio)	_____	_____	19_ 19_
	_____	_____	19_ 19_
Metalli (piombo, arsenico, tallio, mercurio)	_____	_____	
	19_ 19_		
Pesticidi (carbammati, organofosforici)	_____	_____	19_ 19_
	_____	_____	19_ 19_
Nitrati (industria degli esplosivi)	_____	_____	19_ 19_
Acrilammide (agenti flocculanti)	_____	_____	19_ 19_
Cloruro di vinile (produzione di PVC)	_____	_____	19_ 19_

Sezione 3 - Abitudini voluttuarie

3.1 Consumo di nicotina

Fuma o ha mai fumato tabacco? No Sì

Se sì, quando ha iniziato a fumare regolarmente? 19 __

Fuma ancora? No Sì

Se no, quando ha smesso? 19 __

Se sì, quanto fumava / fuma?

Sigarette al giorno:

Sigari al giorno:

Pipa/tabacco sfuso gr. al giorno:

Sniffa o mastica tabacco regolarmente? No Sì

Se sì, quante volte al giorno?

3.2 Consumo di alcoolici

Beve alcoolici (vino, birra, etc.)? No Sì

Quanto ne beve al giorno? 0-1 unità 2-3 unità più di 3 unità

Quanto ne beve settimanalmente? 1-3 unità 4-6 unità più di 6 unità

Nota: 1 unità = 1 birra piccola, 1 bicchiere di vino, 1 bicchierino di superalcolico

Sezione 4 – Storia sanitaria

Ha mai avuto malattie importanti a carico di:

4.1 *Cuore e vasi sanguinei* No Si

Se si, specificare _____

4.2 *Sistema nervoso* No Si

Se si, specificare _____

4.3 *Ossa e articolazioni* No Si

Se si, specificare _____

4.4 *Tessuto connettivo (es. sclerodermia, lupus)* No Si

Se si, specificare _____

4.5 *Altro (es. diabete, malattie tiroidee)* No Si

Se si, specificare _____

4.6 *Lesioni traumatiche*

Hai mai subito lesioni traumatiche alle mani , braccia , spalle , collo , schiena ?

Se si, specificare (ferite, lacerazioni, fratture, etc.) _____

4.7 *Trattamenti chirurgici*

E' mai stato sottoposto/a ad interventi chirurgici alle mani , braccia , spalle , collo , schiena ?

Se si, specificare _____

4.8 *Trattamenti medici*

Sta assumendo farmaci abitualmente per qualche malattia cronica? No Si

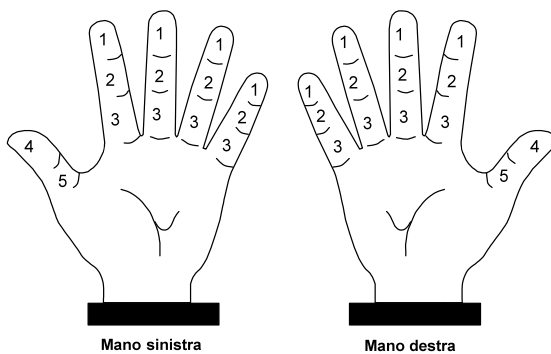
C'è qualche fattore scatenante? Ambiente freddo Impugnatura di oggetti freddi
 Quando impugna utensili che vibrano
 Altro _____

Soffre di piedi freddi? No Si

Soffre di dita bianche ai piedi? No Si

Ha notato qualche cambiamento della pelle delle sue dita? No Si

Quali dita diventano bianche?
 (indicare le parti che diventano bianche ombreggiando la figura)



Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Negli ULTIMI 12 MESI, ha notato un peggioramento dei sintomi di pallore alle mani?
 No Si

5.2 Formicolii alle dita delle mani:

Ha mai avvertito formicolii alle dita delle mani? No Si

Se si, quando lo ha notato la prima volta? 19__

Se si, quando compaiono i formicolii?

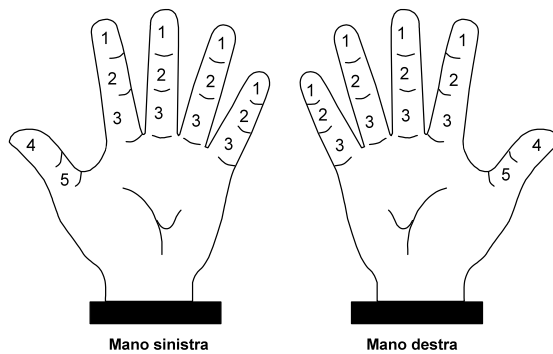
Mentre lavora con utensili vibranti Dopo aver lavorato con utensili vibranti

Dopo esposizione al freddo Di notte

Durante gli episodi di dito bianco Dopo gli episodi di dito bianco

Altro _____

Quali dita sono affette da formicolii?
(indicare le parti affette ombreggiando la figura)



Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Negli ULTIMI 12 MESI, ha notato un peggioramento dei formicolii alle mani?

No Si

5.3 Torpore alle dita delle mani:

Le sue dita si intorpidiscono? No Si

Se si, quando lo ha notato la prima volta? 19__

Se si, quando compare il torpore alle dita delle mani?

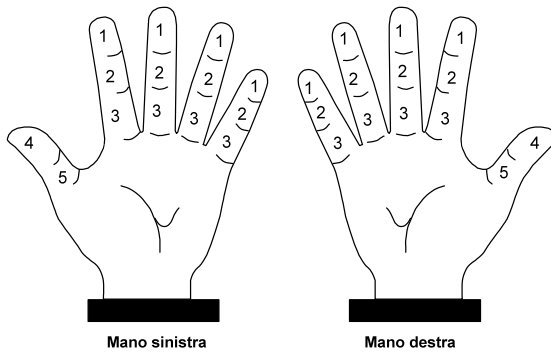
Mentre lavora con utensili vibranti Dopo aver lavorato con utensili vibranti

Dopo esposizione al freddo Di notte

Durante gli episodi di dito bianco Dopo gli episodi di dito bianco

Altro _____

Quali dita sono affette da intorpidimento?
(indicare le parti affette ombreggiando la figura)



Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Negli ULTIMI 12 MESI, ha notato un peggioramento del torpore alle mani?

No |_| Si |_|

5.4 *Disturbi muscoloscheletrici al collo e arti superiori:*

Soffre o ha sofferto di disturbi muscolari o articolari agli arti superiori? No |_| Si |_|

Se sì, quando: negli ULTIMI 7 GIORNI? |_|, negli ULTIMI 12 MESI? |_|, in PASSATO? |_|

Soffre o ha sofferto di disturbi muscolari o articolari al collo? No |_| Si |_|

Se sì, quando: negli ULTIMI 7 GIORNI? |_|, negli ULTIMI 12 MESI? |_|, in PASSATO? |_|

Quali disturbi avverte al collo e/o agli arti superiori?

	Dolor e	Rigidità	Debolezza	Gonfiore	Torpore	Limitazione dei movimenti
Collo						
Spalla						
Gomito						
Polso						
Mano o dita						

(specifichi se i disturbi sono presenti all'arto sup. sinistro (S) o destro (D))

Negli ULTIMI 12 MESI, ha notato un peggioramento dei disturbi muscoloscheletrici al collo o agli arti superiori? No |_| Si |_|

5.5 *Conseguenze dei disturbi alle mani e dita*

I sintomi sopracitati alle dita, mani e/o braccia (pallore, formicolio, dolore, intorpidimento, gonfiore, rigidità, limitazione dei movimenti) causano qualche difficoltà nelle seguenti attività? :

	Nessuna difficoltà	Difficile ma non impossibile	Impossibile
Girare una maniglia	_	_	_

Aprire il coperchio ben stretto di un vaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infilare una giacca o un maglione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allacciare bottoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maneggiare una moneta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versare da una pentola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I sintomi sopracitati (pallore, formicolio, dolore, intorpidimento, gonfiore, rigidità, limitazione dei movimenti) hanno limitato le sue capacità lavorative? No
 Si

Se SI, quando? Negli ULTIMI 7 GIORNI Negli ULTIMI 12 MESI

I sintomi sopracitati (pallore, formicolio, dolore, intorpidimento, gonfiore, rigidità, limitazione dei movimenti) hanno limitato negli ULTIMI 7 GIORNI il suo rendimento lavorativo? No Si

Se SI, per quanto tempo ha dovuto smesso di lavorare a causa dei sintomi sopracitati (pallore, formicolio, dolore, intorpidimento, gonfiore, rigidità, limitazione dei movimenti) ?
 _____ minuti

Quale sintomo ha causato la riduzione della sua capacità lavorativa: _____

5.6 *Disturbi muscoloscheletrici alla schiena*

Durante gli ULTIMI 12 MESI ha avuto disturbi alla zona lombare della schiena (fastidio, dolore, senso di peso)? No Si

Se si, il dolore si diffondeva lungo la gamba sotto il ginocchio? No Si

Il dolore le impediva o le rendeva difficile indossare calze e pantaloni?
 No Con difficoltà , Difficile ma non impossibile , Impossibile

Nel complesso, quanto è durato il mal di schiena durante gli ULTIMI 12 MESI? :

0 giorni , 1-7 giorni , 8-30 giorni , più di 30 giorni ma non ogni giorno , ogni giorno

Nel complesso, per quanto tempo il mal di schiena Le ha impedito di svolgere le tue normali attività (a casa o fuori casa) durante gli ULTIMI 12 MESI? :

0 giorni |_|, 1-7 giorni |_|, 8-30 giorni |_|, più di 30 giorni ma non ogni giorno |_|

Ha avuto mal di schiena negli ULTIMI 7 GIORNI? No |_| Sì |_|

5.7 Altri problemi di salute

Quanto spesso ha sofferto dei seguenti disturbi negli ULTIMI 7 GIORNI?:

Mal di testa	Mai _	Qualche giorno _	Tutti i giorni _
Sensazione di stanchezza cronica	Mai _	Qualche giorno _	Tutti i giorni _
Sentirsi giù' di morale	Mai _	Qualche giorno _	Tutti i giorni _
Sensazione di essere sotto pressione	Mai _	Qualche giorno _	Tutti i giorni _