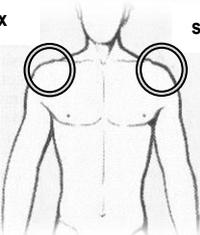


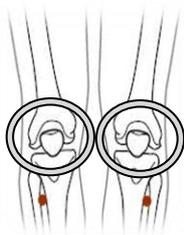
ANAMNESI MUSCOLOSCELETRICA

QUESTIONARIO ANAMNESTICO DISTURBI MUSCOLOSCELETRICI DI RACHIDE,
SPALLE E GINOCCHI

A-DATI ANAGRAFICI					
CODICE		Data			
Azienda/cooperativa		Mansione	<input type="checkbox"/> INF <input type="checkbox"/> FKT <input type="checkbox"/> OSS		
Anzianità lavorativa di sovraccarico:		età		sesto	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Peso (Kg)		Altezza (cm)			
Anzianità lavorativa nell'attuale azienda:		Limitazioni lavorative per WMSDs			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Se SI per patologie	<input type="checkbox"/> RACHIDE	<input type="checkbox"/> ARTI SUPERIORI	<input type="checkbox"/> ARTI INFERIORI		
Attività fisica	<input type="checkbox"/> INTENSA (>3 VV/SETT)	<input type="checkbox"/> REGOLARE (2-3 VV/SETT)	<input type="checkbox"/> SALTUARIA (< 1 SETTIMANA)		
ASSENZE PER MALATTIA ULTIMI 12 MESI (qualsiasi patologia)				N° di giorni _____	
B-RIDUZIONE RISCHIO					
N° ORE SETTIMANALI		TI SONO STATI FORNITI AUSILI MINORI?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
QUALI?	<input type="checkbox"/> DISCO GIREVOLE	<input type="checkbox"/> CINTURA	<input type="checkbox"/> TELI AD ALTO SCORRIMENTO		
AUSILI PRESENTI A DOMICILIO		% DI SOLLEVATORI NEI pazienti ASSISTITI			
UTILIZZO DI TALI ATTREZZATURE		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> QUOTIDIANAMENTE AL 50% <input type="checkbox"/> QUOTIDIANAMENTE AL 90%			
% DI LETTI REGOLABILI ELETTRICAMENTE IN ALTEZZA NEI PAZIENTI ASSISTITI					
UTILIZZO DI LETTI REGOLABILI		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RARAMENTE <input type="checkbox"/> QUOTIDIANAMENTE AL 50% <input type="checkbox"/> QUOTIDIANAMENTE AL 90%			
SEI STATO FORMATO ALL'UTILIZZO DELLE ATTREZZATURE?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
C- SPALLE – DISTURBI ULTIMI 12 MESI					
C1-SPALLE		<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		QUANDO SONO INIZIATI I DISTURBI (ANNO)=	
dx	sx	RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI:	Dolore ai movimenti	DX	SX
		<input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci	Dolore a riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO:		SOGLIA POSITIVA= presenza di			
<input type="checkbox"/> Fisioterapia		<input type="checkbox"/> dolore continuo o subcontinuo			
<input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrica.		oppure			
<input type="checkbox"/> RX		<input type="checkbox"/> dolore durato almeno 7 giorni nell'ultimo anno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ecografia / RMN		oppure			
		<input type="checkbox"/> dolore almeno 1 volta al mese nell'ultimo anno			
N° DI GIORNI DI MALATTIA PER DISTURBI SPALLE					N°
C2-SPALLE: PRESENZA DI PATOLOGIE GIA' NOTE (CON ESAMI STRUMENTALI)					
TENDINITI,TENDINOSI		<input type="checkbox"/> ECO <input type="checkbox"/> RMN	QUANDO?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D-RACHIDE LOMBARE: DISTURBI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE					
D3-LOMBOSACRALE (FASTIDIO,DOLORE) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI:		RARAMENTE	ALMENO 3 – 4 EPISODI DELLA DURATA DI MINIMO 3 GIORNI	ALMENO 3 – 4 EPISODI CON ANTIDOLORIFICI	QUASI TUTTI I GIORNI
<input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci		<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> fastidio	<input type="checkbox"/> FASTIDIO
HA EFFETTUATO:		<input type="checkbox"/> dolore	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE	<input type="checkbox"/> DOLORE
<input type="checkbox"/> Fisioterapia		SOGLIA POSITIVA (SOLO IN "GRASSETTO") <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrica.		N° DI GIORNI DI ASSENZA DAL LAVORO PER DOLORI RACHIDE=			
<input type="checkbox"/> RX					
<input type="checkbox"/> TAC/RMN					
D4-LOMBALGIA ACUTA		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Numero totale di episodi acuti =		

N° di lomalgie acute nell'ultimo anno=	<input type="checkbox"/> ALMENO 1 EPISODIO DI LOMBALGIA ACUTA ULTIMO ANNO				
D5-RACHIDE - DIAGNOSI GIA' NOTE (CON ESAMI STRUMENTALI)					
ERNIA DISCALE LOMBARE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> RMN/TAC	QUANDO?
ALTRE PATOLOGIE DEGENERATIVE RACHIDE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> RMN/TAC	QUANDO?

E-GINOCCHI: DISTURBI ULTIMI 12 MESI E PATOLOGIE NOTE

E1- GINOCCHI		DX	SX
 <p>RIGUARDO AI DISTURBI RIFERITI:</p> <input type="checkbox"/> Ha Assunto Farmaci	Dolore durante il movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolore a riposo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SOGLIA POSITIVA= presenza di		
	<input type="checkbox"/> dolore continuo o subcontinuo oppure <input type="checkbox"/> dolore durato almeno 7 giorni nell'ultimo anno oppure <input type="checkbox"/> dolore almeno 1 volta al mese nell'ultimo anno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HA EFFETTUATO:			
<input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Visita Ortopedica/Fisiatrica. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Ecografia / RMN			
N° DI GIORNI DI MALATTIA PER DISTURBI GINOCCHI			

E2-ARTI INFERIORI DIAGNOSI GIA' NOTE (CON ESAMI STRUMENTALI)

PATOLOGIE DEGENERATIVE/MENISGOPATIE GINOCCHIO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> RMN/ECO	QUANDO?
---	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------	---------

NOTE DI RILIEVO PER WMSDs (a cura del MEDICO)