



## Risks of Occupational Vibration Injuries (VIBRISKS)

European Commission FP5 Project No. QLK4-2002-02650

**Title:** HTV Self Administered Questionnaire - Italian translation

**Authors:** Massimo Bovenzi

**Organisation:** Trieste

**Task:** Work Package 1, Task 1.1

**Date:** 15 April 2004



Quality of Life and Management of Living Resources Programme  
Key Action 4 - Environment and Health



# **Vibrazioni mano-braccio**

**Sorveglianza sanitaria preventiva**

## **Questionario**

**Auto-somministrato**

## Sezione 1 - Dati personali

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Numero serie |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Data |\_\_|\_\_|\_\_\_\_|

Sesso: M  F

Età |\_\_|\_\_|

## Sezione 2 - Abitudini voluttuarie

### 2.1 Consumo di nicotina

Fuma o ha mai fumato tabacco? No  Si

Se si, quando ha iniziato a fumare regolarmente? 19 \_\_

Fuma ancora? No  Si

Se no, quando ha smesso? 19 \_\_

Se si, quanto fumava / fuma? Sigarette al giorno: |\_\_|

Sigari al giorno: |\_\_|

Pipa/tabacco sfuso gr. al giorno: |\_\_|

Sniffa o mastica tabacco regolarmente? No  Si

Se si, quante volte al giorno? |\_\_|

### 3.2 Consumo di alcoolici

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

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 3 – Storia sanitaria

### 3.1 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

Se si, specificare \_\_\_\_\_

## Sezione 4 - Sintomi

### 5.1 Colore delle dita delle mani:

Ha mai notato un cambiamento del colore delle sue dita? No  Si

Se no, vada alla sezione 4.2

Se si, quale colore ? bluastro  bianco-pallido  arrossamento

Se le dita sono diventate bianche, il pallore era nettamente demarcato? No  Si

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

Quando si è verificato l'ultimo episodio di pallore alle dita delle mani?

\_\_\_\_ giorni fa      \_\_\_\_ mesi fa      \_\_\_\_ anni fa

Qualcuno della Sua famiglia soffre di pallore alle dita? No  Si   
(solamente i consanguinei)

Se si, lavorano con utensili vibranti? No  Si

Se soffre di pallore alle dita, quanto spesso si verifica?

Diverse volte all'anno  Diverse volte al mese

Diverse volte alla settimana  Diverse volte al giorno

Accade in inverno, in estate o in entrambe le stagioni? Inverno  Estate  Entrambe

Per quanto tempo al massimo le Sue dita rimangono bianche? \_\_\_\_\_ minuti

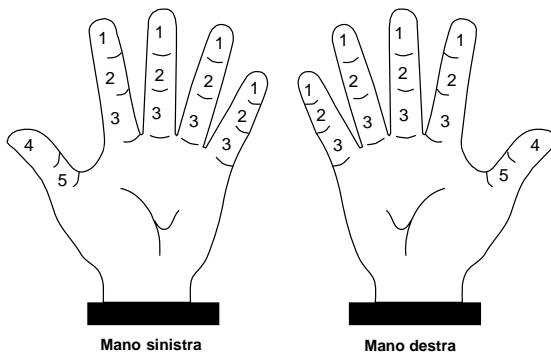
C'è qualche fattore scatenante? Ambiente freddo  Impugnatura di oggetti freddi

Quando impugna utensili che vibrano

Altro \_\_\_\_\_

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

### 5.2 Formicolii alle dita delle mani:

Ha mai avvertito formicolii alle dita delle mani? No  Si

Se sì, quando lo ha notato la prima volta? 19\_\_

Se sì, quando compaiono i formicolii?

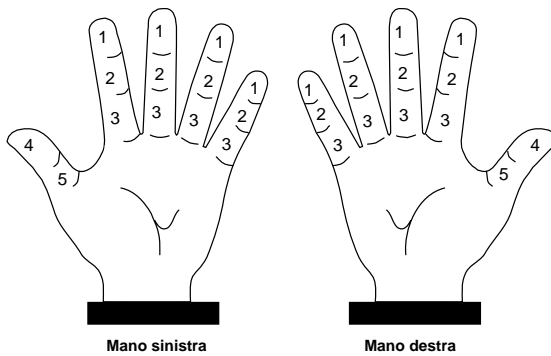
Mentre lavora con utensili vibranti  Dopo aver lavorato con utensili vibranti

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

5.3 Torpore alle dita delle mani:

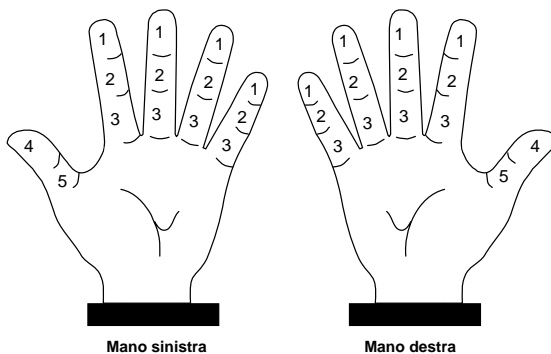
Le sue dita si intorpidiscono? No  Si

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 <input type="checkbox"/>	Dopo aver lavorato con utensili vibranti <input type="checkbox"/>
Dopo esposizione al freddo <input type="checkbox"/>	Di notte <input type="checkbox"/>
Durante gli episodi di dito bianco <input type="checkbox"/>	Dopo gli episodi di dito bianco <input type="checkbox"/>
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

#### 5.4 Disturbi muscoloscheletrici al collo e agli arti superiori:

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

Se si, 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 si, quando: negli ULTIMI 7 GIORNI? , negli ULTIMI 12 MESI? , in PASSATO?

#### 5.5 Conseguenze dei disturbi alle mani e dita

I sintomi sopraccitati alle dita, mani e/o braccia causano qualche difficoltà nelle seguenti attività?:

	Nessuna difficoltà	Difficile ma non impossibile	Impossibile
	_____	_____	_____
Girare una maniglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 monetina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versare da una pentola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I sintomi sopraccitati hanno limitato le sue capacità lavorative? No  Si

I sintomi sopraccitati hanno limitato negli ULTIMI 7 GIORNI il suo rendimento lavorativo?  
No  Si