

Vibration Injury Network

Research Network on Detection and Prevention of
Injuries due to Occupational Vibration Exposures

Italian Translation of Hand-Transmitted Vibration Health Surveillance Questionnaires

Appendix H1B to Final Report May 2001

EC Biomed II concerted action BMH4-CT98-3251

Contents

- Appendix Ia. Hand-transmitted vibration, Health Surveillance-Initial Assessment:
Self-Administered Questionnaire
- Appendix Ib. Hand-transmitted vibration, Health Surveillance-Initial Assessment:
Questionnaire and Clinical Assessment
- Appendix Ic. Hand-transmitted vibration, Health Surveillance-Follow up Assessment:
Self-Administered Questionnaire
- Appendix Id. Hand-transmitted vibration, Health Surveillance-Follow up Assessment:
Questionnaire and Clinical Assessment

Appendice Ia

Vibrazioni mano-braccio

Sorveglianza sanitaria preventiva

Questionario

Auto-somministrato

Sezione 1 - Dati personali

.....

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

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

Numero telefonico _____

.....

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

Sesso: M F Data di nascita |_|_|_|_|_| Età |_|_|

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?

Utensile usato	Ore al giorno	Giorni per settimana	Settimane per 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:

Mansione	Ditta	Utensili usati	Ore 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 per più di un'ora alla settimana? No Si

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

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

Esegue lavori prolungati o ripetitivi con la schiena:

- (a) piegata in avanti, indietro o lateralmente? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (b) in torsione? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (c) piegata e in torsione simultaneamente? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Il collo è ripetutamente o in modo prolungato:

- (a) piegato in avanti, indietro o lateralmente? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (b) in torsione? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (c) piegato e in torsione simultaneamente? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Esegue per periodi prolungati o ripetutamente movimenti con il braccio allungato in avanti, all'esterno o sopra l'altezza delle spalle? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Esegue lavorazioni in cui gli avambracci e/o le mani compiono/assumono ripetutamente:

- (a) movimenti di torsione? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (b) movimenti energici? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (c) posizioni o prese non confortevoli? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (d) prolungati lavori di precisione? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Se il lavoro comporta il sollevamento manuale di carichi:

- (a) quanto spesso si verifica? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (b) solleva con le mani 10 kg o più? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (c) solleva con le mani 25 kg o più? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (d) manipola il carico sotto le ginocchia? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (e) manipola il carico sopra le spalle? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (f) ha difficoltà nell'afferrare il carico? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Il lavoro comporta un ripetuto, prolungato o non agevole

trasporto, spinta o traino di carichi?

Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Il lavoro comporta una prolungata esecuzione di

movimenti ripetitivi simili tra loro?

Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

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</i>	<i>Industria</i>	<i>Mansione</i>	<i>Anni di esposizione</i>
Solventi (n-esano, chetoni, solfuro di carbonio)	_____	_____	19__ 19__
	_____	_____	19__ 19__
Metalli (piombo, arsenico, tallio, mercurio)	_____	_____	19__ 19__
	_____	_____	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 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 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

Se si, specificare _____

Sezione 5 - Sintomi**5.1 Pallore alle dita delle mani:**

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

Se no, vada alla sezione 5.2

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?
(solamente i consanguinei) No Si

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

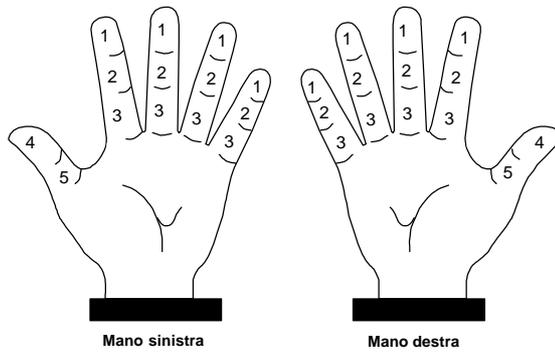
Altro _____

Sono colpite anche le dita dei 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

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento del pallore alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ?

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?

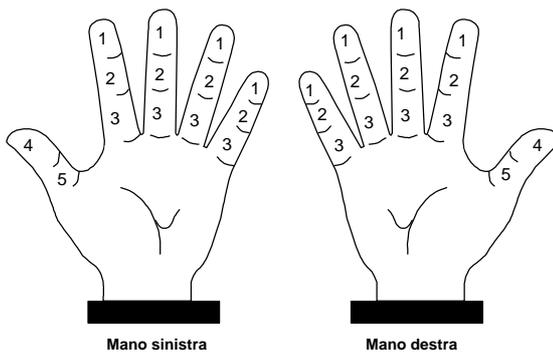
Mentre lavora con utensili vibranti Dopo aver lavorato con utensili vibranti

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

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento dei formicolii alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ? 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?

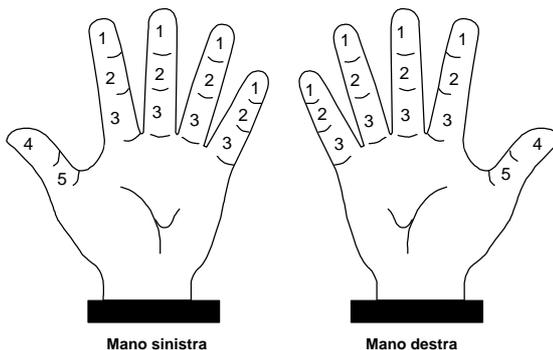
Mentre lavora con utensili vibranti Dopo aver lavorato con utensili vibranti

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

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento del torpore alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti? No Si

5.4 Disturbi muscoloscheletrici:

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?

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

	Dolore	Rigidità	Debolezza	Gonfiore	Torpore	Limitazione dei movimenti
Collo						
Spalla						
Gomito						
Polso						
Mano						

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

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento dei sintomi muscoloscheletrici dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti? No Si

I sintomi sopracitati alle dita, mani e/o braccia (pallore, formicolio, intorpidimento o dolore) 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 sopracitati limitano o hanno limitato le sue capacità lavorative? No Si

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

Appendice Ib

Vibrazioni mano-braccio

Sorveglianza sanitaria preventiva

Questionario

e

Valutazione Clinica

Sezione 1 - Dati personali

.....

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

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

Numero telefonico _____

.....

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

Sesso: M F Data di nascita |_|_|_|_|_| Età |_|_|

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?

Utensile usato	Ore al giorno	Giorni per settimana	Settimane per 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:

Mansione	Ditta	Utensili usati	Ore 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 per più di un'ora alla settimana? No Si

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

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

Esegue lavori prolungati o ripetitivi con la schiena:

- (a) piegata in avanti, indietro o lateralmente? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (b) in torsione? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (c) piegata e in torsione simultaneamente? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Il collo è ripetutamente o in modo prolungato:

- (a) piegato in avanti, indietro o lateralmente? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (b) in torsione? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (c) piegato e in torsione simultaneamente? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Esegue per periodi prolungati o ripetutamente movimenti con il braccio allungato in avanti, all'esterno o sopra l'altezza delle spalle? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Esegue lavorazioni in cui gli avambracci e/o le mani compiono/assumono ripetutamente:

- (a) movimenti di torsione? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (b) movimenti energici? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (c) posizioni o prese non confortevoli? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (d) prolungati lavori di precisione? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Se il lavoro comporta il sollevamento manuale di carichi:

- (a) quanto spesso si verifica? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (b) solleva con le mani 10 kg o più? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (c) solleva con le mani 25 kg o più? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (d) manipola il carico sotto le ginocchia? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (e) manipola il carico sopra le spalle? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso
 (f) ha difficoltà nell'afferrare il carico? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Il lavoro comporta un ripetuto, prolungato o non agevole trasporto, spinta o traino di carichi? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

Il lavoro comporta una prolungata esecuzione di movimenti ripetitivi simili tra loro? Mai , Talvolta , Spesso , Molto spesso

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</i>	<i>Industria</i>	<i>Mansione</i>	<i>Anni di esposizione</i>
Solventi (n-esano, chetoni, solfuro di carbonio)	_____	_____	19__ 19__ _____ 19__ 19__
Metalli (piombo, arsenico, tallio, mercurio)	_____	_____	19__ 19__ _____ 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 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 4 – Storia medica

Ha mai sofferto di qualcuna delle malattie seguenti?

4.1 Apparato cardiovascolare:

Angina/Cardiopatia ischemica	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Ipertensione arteriosa	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Geloni/Congelamento	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Claudicatio Intermittens	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Emicrania	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>

Altre _____

Se si, quale trattamento riceve attualmente ? _____

Vi sono state complicanze permanenti? No Si

Se si, quali? _____

4.2 Malattie neurologiche:

Ictus	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Poliomielite	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Sclerosi multipla	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Siringomielia	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Polineuropatia	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>

Altre _____

Se si, quale trattamento riceve attualmente ? _____

Vi sono state complicanze permanenti? No Si

Se si, quali? _____

4.3 Malattie del tessuto connettivo:

Sclerodermia No Si Trattamento

Lupus Eritematosus Sistemico No Si Trattamento

Poliarterite nodosa No Si Trattamento

Artrite reumatoide No Si Trattamento

Dermatomiosite No Si Trattamento

Altre _____

Se si, quale trattamento riceve attualmente ? _____

Vi sono state complicanze permanenti? No Si

Se si, quali? _____

4.4 Malattie endocrine

Diabete No Si Trattamento

Disfunzioni tiroidee No Si Trattamento

Altre _____

Se si, quale trattamento riceve attualmente ? _____

Vi sono state complicanze permanenti? No Si

Se si, quali? _____

4.5 Malattie cronico-degenerative:

Gotta	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Psoriasi	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Artrosi delle mani	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Artrosi dei gomiti	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Artrosi delle spalle	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Artrosi o lesioni del disco del rachide cervicale	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Dito a scatto	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Malattia di Dupuytren	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Cisti tendinea del polso	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Sindrome del tunnel carpale	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Intrappolamento del n. mediano al gomito	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Intrappolamento del n. ulnare al polso	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Intrappolamento del n. ulnare al gomito	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Tendinite di De Quervain	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Epicondilite	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Sindrome della spalla congelata	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Altri disturbi tessuti molli/articolazioni della mano	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Altri disturbi tessuti molli/articolazioni del braccio	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>
Altri disturbi tessuti molli/articolazioni della spalla	No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Trattamento	<input type="checkbox"/>

Se si, quale trattamento riceve attualmente? _____

Vi sono state complicanze permanenti? No Si

Se si, quali? _____

4.6 *Lesioni traumatiche:*

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

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

4.7 *Trattamenti chirurgici*

Si è mai 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: _____

Hai mai assunto i seguenti farmaci?:

Malattie cardiovascolari: β -bloccanti, clonidina, nitroglicerina	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Emicrania: ergot, metisergide	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Cancro: vinblastina, bleomicina, cisplatino	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Tubercolosi: isoniazide, etambutolo, streptomina	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Epilessia: fenilidantoina	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Malattie infiammatorie o croniche: indometacina, sali d'oro, ciclosporina	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Malattie infettive: cloramfenicolo, nitrofurantoina, polimixina, metronidazolo	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
Malattie del sistema nervoso: imipramina, amfetamine	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>

Sezione 5 - Sintomi**5.1 Pallore alle dita delle mani:**

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

Se no, vada alla sezione 5.2

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?
(solamente i consanguinei) No Si

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

Quanti attacchi hai avuto lo scorso inverno? (segnalare nella tabella sottostante)

0	1-10	11-30	31-100	> 100
<input type="checkbox"/>				

Quanti attacchi hai avuto la scorsa estate? (segnalare nella tabella sottostante)

0	1-5	6-10	11-20	> 20
<input type="checkbox"/>				

Per quanto tempo al massimo le Sue dita sono rimaste bianche? |____| minuti

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

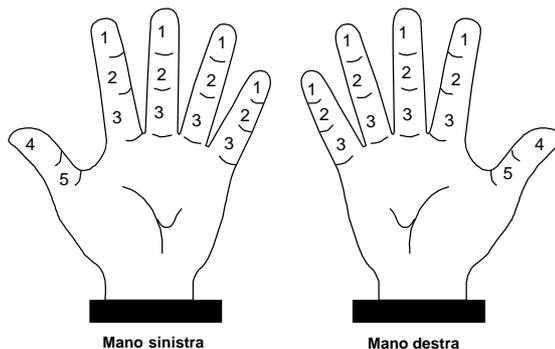
Quando impugna utensili che vibrano

Altro _____

Sono colpite anche le dita dei 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)



Punteggio mano sinistra |____| Punteggio mano destra |____| Totale |____|

Stato attuale (pallore): Stazionario , Migliorato , Peggiorato

Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento del pallore alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ? No Si

5.2 Formicolii alle dita delle mani:

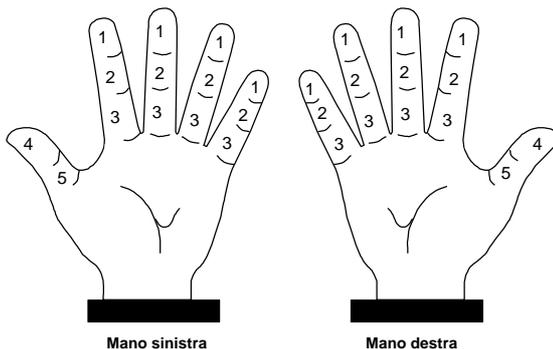
Ha mai avvertito formicolii alle dita delle mani ? No Si

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

Se si, quando compaiono i formicolii?

- | | |
|--|---|
| Mentre lavora con utensili vibranti <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 formicolii?
(indicare le parti affette ombreggiando la figura)



Punteggio mano sinistra |____| Punteggio mano destra |____| Totale |____|

Stato attuale (formicolii): Stazionario , Migliorato , Peggiorato

Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento dei formicolii alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ? 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?

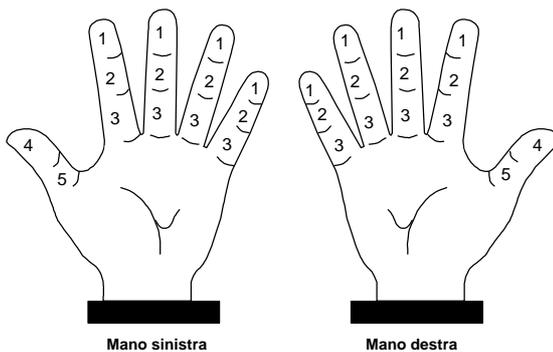
Mentre lavora con utensili vibranti Dopo aver lavorato con utensili vibranti

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)



Punteggio mano sinistra |____| Punteggio mano destra |____| Totale |____|

Stato attuale (torpore): Stazionario , Migliorato , Peggiorato

Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento del torpore alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ? No Si

5.4 Disturbi muscoloscheletrici:

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?

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

	Dolore	Rigidità	Debolezza	Gonfiore	Torpore	Limitazione dei movimenti
Collo						
Spalla						
Gomito						
Polso						
Mano						

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

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento dei sintomi muscoloscheletrici dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ? No Si

I sintomi sopracitati alle dita, mani e/o braccia (pallore, formicolio, intorpidimento o dolore) 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 sopracitati limitano o hanno limitato le sue capacità lavorative? No Si

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

Sezione 6 - Esame obiettivo6.1 *Semeiotica ispettiva delle braccia e delle mani (descrizione)*

Deformità: _____

Cicatrici: _____

Callosità: _____

Atrofia muscolare: _____

Trofismo: _____

Contrattura di Dupuytren: _____

Anormalità degli arti superiori: _____

6.2 *Semeiotica dell'apparato vascolare periferico:***Polso:****Brachiale
Radiale
Ulnare
Tibiale Post.**

Sinistro			Destro		
Normosf.	Iposf.	Assente	Normosf.	Iposf.	Assente

Test di Adson:**Sinistra: +vo/-vo****Destra: +vo/-vo****Pressione arteriosa: Arto sup. sn.: _____ (mmHg) Arto sup. dx. : _____ (mmHg)****Frequenza del polso: _____ per minuto**

Circolazione della mano:	Sinistra	Destra
Cianosi	Presente/Assente	Presente/Assente
Temperatura cutanea	Calda/Fredda	Calda/Fredda
Test di Lewis-Prusik	Normale/Anormale	Normale/Anormale
Test di Allen: Radiale	+vo/-vo	+vo/-vo
Test di Allen: Ulnare	+vo/-vo	+vo/-vo

6.3 Semeiotica dell'apparato neurologico periferico:

Test	Mano sinistra		Mano destra	
	Normale / Anormale		Normale / Anormale	
Destrezza manuale (es. afferrare una monetina)				
Sensibilità dolorifica (tocco/puntura)				
Sensibilità tattile (batuffolo di cotone)				
Sensibilità termica (freddo/caldo)				
Sensibilità vibratoria (diapason)				

Forza di prensione (Newtons)

Sinistra |___| Destra |___|

Sindrome tunnel carpale	Sinistra	Destra
Test di Tinel	+vo/-vo	+vo/-vo
Test di Phalen	+vo/-vo	+vo/-vo

Riflessi Tendinei	Sinistra			Destra		
	Ipor.	Normor.	Iperr.	Ipor.	Normor.	Iperr.
Radiale						
Bicipitale						
Tricipitale						
Quadricipitale						
Achilleo						

Sezione 6 - Stadiazione diagnostica***A. Classificazione dei sintomi vascolari secondo la scala di Stoccolma:** |__|

Stadio	Sintomi
0	non sintomi vasospastici in esposto a vibrazioni mano-braccio
1	occasionali episodi di pallore alle estremità di uno o più dita
2	occasionali episodi di pallore a carico delle falangi distale e intermedia (raramente prossimale) di uno o più dita
3	frequenti episodi di pallore a carico di tutte le falangi della maggior parte delle dita
4	come in stadio 3, con associati disturbi trofici cutanei alle estremità delle dita

B. Classificazione dei sintomi neurosensitivi secondo la scala di Stoccolma: |__|

Stadio	Sintomi
0SN	non sintomi in esposto a vibrazioni mano-braccio
1SN	torpore intermittente alle dita, con o senza parestesie
2SN	torpore intermittente o persistente alle dita, ridotta sensibilità tattile, termica e dolorifica
3SN	torpore intermittente o persistente, ridotta discriminazione tattile e/o ridotta destrezza manuale

***Nota:** la stadiazione vascolare e neurologica è applicabile quando i sintomi a carico delle estremità si suppongono causati dall'esposizione a vibrazioni trasmesse alla mano

Appendice Ic

Vibrazioni mano-braccio
Sorveglianza sanitaria periodica

Questionario
Auto-somministrato

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

No Si

Se no, vada alla domanda 1.3

Se si, quali utensili usa?

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

1.3 C'è stato qualche cambiamento nei Suoi hobbies? No Si

Se si, specificare _____

Nel tempo libero (al di fuori del lavoro) ha mai usato regolarmente un utensile o una macchina vibrante per più di un'ora alla settimana? No Si

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

1.4 C'è stato qualche cambiamento nel consumo di sigarette/ tabacco? No Si

Se si, specificare: _____

1.5 C'è stato qualche cambiamento nel consumo di alcoolici? No Si

Se si, specificare: _____

1.6 C'è stato qualche cambiamento nell'assunzione di farmaci? No Si

Se si, specificare: _____

1.7 Ha avuto qualche problema di salute rilevante dall'ultima visita? No Si

Se si, specificare: _____

1.8 Ha avuto qualche lesione traumatica rilevante dall'ultima visita? No Si

Se si, specificare: _____

1.9 E' stato/a visitato/a da un medico per qualche malattia
o lesione traumatica? No Si

E' stato/a ricoverato/a in ospedale per per qualche malattia
o lesione traumatica? No Si

Quanti giorni di assenza dal lavoro ha fatto negli ultimi 12 mesi?

0 gg , 1 sett. , 2 sett. , 3 sett. , 1 mese , 2 mesi , 3 mesi , >3 mesi

Sezione 2 - Sintomi**2.1 Pallore alle dita delle mani:**

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

Se no, vada alla sezione 2.2

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?
(solamente i consanguinei) No Si

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

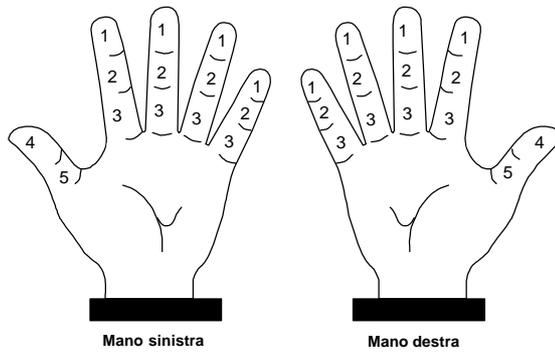
Altro_____

Sono colpite anche le dita dei 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)



Stato attuale (pallore): Stazionario , Migliorato , Peggiorato

Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento del pallore alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ? No Si

2.3 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?

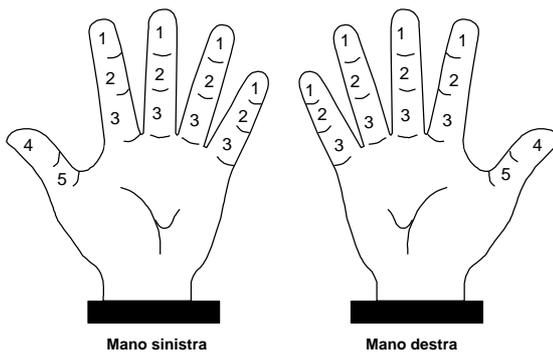
Mentre lavora con utensili vibranti Dopo aver lavorato con utensili vibranti

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)



Stato attuale (torpore): Stazionario , Migliorato , Peggiorato

Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento del torpore alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti? No Si

2.4 Disturbi muscoloscheletrici:

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?

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

	Dolore	Rigidità	Debolezza	Gonfiore	Torpore	Limitazione dei movimenti
Collo						
Spalla						
Gomito						
Polso						
Mano						

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

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento dei sintomi muscoloscheletrici dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti? No Si

I sintomi sopraccitati alle dita, mani e/o braccia (pallore, formicolio, intorpidimento o dolore) 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 limitano o hanno limitato le sue capacità lavorative? No Si

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

Appendice Id

Vibrazioni mano-braccio

Sorveglianza sanitaria periodica

Questionario

e

Valutazione clinica

oo

Cognome _____ Nome _____

oo

Numero serie |__|__|__|__|

Data |__|__|__|

Sesso: M F

Data di nascita |__|__|__|

Età |__|__|

Altezza: |____| cm

Peso: |____| kg

Indichi la data dell'ultima visita: 19 |__|__|

Sezione 1

1.1 Ha cambiato indirizzo dall'ultima visita?

No

Si

Se si, specificare: _____

Numero di telefono _____

1.2 C'è stato un cambiamento di attività lavorativa?

No

Si

Se si, indicare la nuova occupazione _____

Descriva la nuova attività _____

Indichi la data di inizio del nuovo lavoro: 19 |__|__|

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

No Si

Se no, vada alla domanda 1.3

Se si, quali utensili usa?

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

1.3 C'è stato qualche cambiamento nei Suoi hobbies? No Si

Se si, specificare _____

Nel tempo libero (al di fuori del lavoro) ha mai usato regolarmente un utensile o una macchina vibrante per più di un'ora alla settimana? No Si

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

1.4 C'è stato qualche cambiamento nel consumo di sigarette/ tabacco? No Si

Se si, specificare: _____

1.5 C'è stato qualche cambiamento nel consumo di alcoolici? No Si

Se si, specificare: _____

1.6 C'è stato qualche cambiamento nell'assunzione di farmaci? No Si

Se si, specificare: _____

1.7 Ha avuto qualche problema di salute rilevante dall'ultima visita? No Si

Se si, specificare: _____

1.8 Ha avuto qualche lesione traumatica rilevante dall'ultima visita? No Si

Se si, specificare: _____

1.9 E' stato/a visitato/a da un medico per qualche malattia
o lesione traumatica? No Si

E' stato/a ricoverato/a in ospedale per per qualche malattia
o lesione traumatica? No Si

Quanti giorni di assenza dal lavoro ha fatto negli ultimi 12 mesi?

0 gg , 1 sett. , 2 sett. , 3 sett. , 1 mese , 2 mesi , 3 mesi , >3 mesi

Sezione 2 - Sintomi

2.1 Pallore alle dita delle mani:

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

Se no, vada alla sezione 5.2

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?
(solamente i consanguinei) No Si

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

Quanti attacchi hai avuto lo scorso inverno? (segnalare nella tabella sottostante)

0	1-10	11-30	31-100	> 100
<input type="checkbox"/>				

Quanti attacchi hai avuto la scorsa estate? (segnalare nella tabella sottostante)

0	1-5	6-10	11-20	> 20
<input type="checkbox"/>				

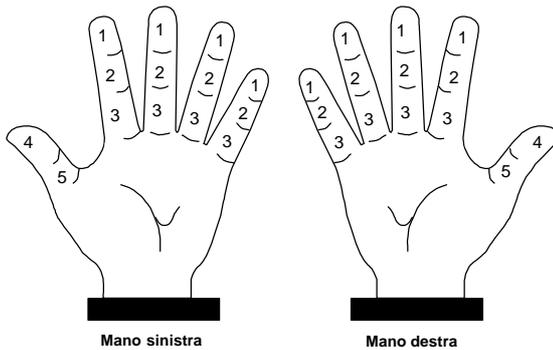
Per quanto tempo al massimo le tue dita sono rimaste bianche? |____| minuti

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

Sono colpite anche le dita dei 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)



Punteggio mano sinistra |____| Punteggio mano destra |____| Totale |____|

Stato attuale (pallore): Stazionario , Migliorato , Peggiorato

Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento del pallore alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ? No Si

2.2 Formicolii alle dita delle mani:

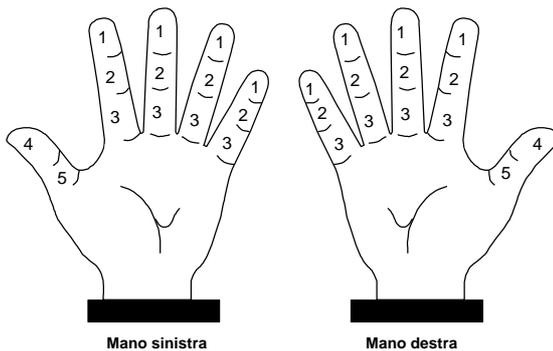
Ha mai avvertito formicolii alle dita delle mani ? No Si

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

Se si, quando compaiono i formicolii?

- | | |
|--|---|
| Mentre lavora con utensili vibranti <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 formicolii?
(indicare le parti affette ombreggiando la figura)



Punteggio mano sinistra |____| Punteggio mano destra |____| Totale |____|

Stato attuale (formicolii): Stazionario , Migliorato , Peggiorato

Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento dei formicolii alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ? No Si

2.3 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?

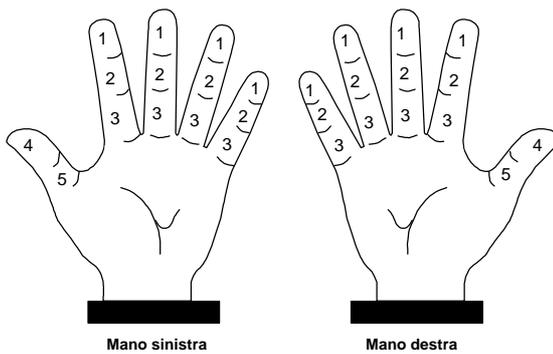
Mentre lavora con utensili vibranti Dopo aver lavorato con utensili vibranti

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)



Punteggio mano sinistra |____| Punteggio mano destra |____| Totale |____|

Stato attuale (torpore): Stazionario , Migliorato , Peggiorato

Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento del torpore alle dita delle mani dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ? No Si

2.4 Disturbi muscoloscheletrici:

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?

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

	Dolore	Rigidità	Debolezza	Gonfiore	Torpore	Limitazione dei movimenti
Collo						
Spalla						
Gomito						
Polso						
Mano						

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

Risponda alla seguente domanda solamente se non ha lavorato con utensili vibranti negli ultimi 18 mesi:

Ha notato un peggioramento dei sintomi muscoloscheletrici dopo l'ultima volta che ha usato gli utensili vibranti ? No Si

I sintomi sopracitati alle dita, mani e/o braccia (pallore, formicolio, intorpidimento o dolore) 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 sopracitati limitano o hanno limitato le sue capacità lavorative? No Si

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

Sezione 3 - Esame obiettivo

3.1 Semeiotica ispettiva delle braccia e delle mani (descrizione)

Deformità: _____

Cicatrici: _____

Callosità: _____

Atrofia muscolare: _____

Trofismo: _____

Contrattura di Dupuytren: _____

Anormalità degli arti superiori: _____

3.2 Semeiotica dell'apparato vascolare periferico:

Polso:

**Brachiale
Radiale
Ulnare
Tibiale Post.**

Sinistro			Destro		
Normosf.	Iposf.	Assente	Normosf.	Iposf.	Assente

Test di Adson:

Sinistra: +vo/-vo

Destra: +vo/-vo

Pressione arteriosa: Arto sup. sn.: _____ (mmHg) Arto sup. dx. : _____ (mmHg)

Frequenza del polso: _____ per minuto

Circolazione della mano:	Sinistra	Destra
Cianosi	Presente/Assente	Presente/Assente
Temperatura cutanea	Calda/Fredda	Calda/Fredda
Test di Lewis-Prusik	Normale/Anormale	Normale/Anormale
Test di Allen: Radiale	+vo/-vo	+vo/-vo
Test di Allen: Ulnare	+vo/-vo	+vo/-vo

3.3 Semeiotica dell'apparato neurologico periferico:

Test	Mano sinistra		Mano destra	
	Normale / Anormale		Normale / Anormale	
Destrezza manuale (es. afferrare una moneta)				
Sensibilità dolorifica (tocco/puntura)				
Sensibilità tattile (batuffolo di cotone)				
Sensibilità termica (freddo/caldo)				
Sensibilità vibratoria (diapason)				

Forza di prensione (Newtons)

Sinistra |__| Destra |__|

Sindrome tunnel carpale	Sinistra	Destra
Test di Tinel	+vo/-vo	+vo/-vo
Test di Phalen	+vo/-vo	+vo/-vo

Riflessi Tendinei	Sinistra			Destra		
	Ipor.	Normor.	Iperr.	Ipor.	Normor.	Iperr.
Radiale						
Bicipitale						
Tricipitale						
Quadricipitale						
Achilleo						

Sezione 4 - Stadiazione diagnostica*

A. Classificazione dei sintomi vascolari secondo la scala di Stoccolma: |__|

Stadio	Sintomi
0	non sintomi vasospastici in esposto a vibrazioni mano-braccio
1	occasionali episodi di pallore alle estremità di uno o più dita
2	occasionali episodi di pallore a carico delle falangi distale e intermedia (raramente prossimale) di uno o più dita
3	frequenti episodi di pallore a carico di tutte le falangi della maggior parte delle dita
4	come in stadio 3, con associati disturbi trofici cutanei alle estremità delle dita

B. Classificazione dei sintomi neurosensitivi secondo la scala di Stoccolma: |__|

Stadio	Sintomi
0SN	non sintomi in esposto a vibrazioni mano-braccio
1SN	torpore intermittente alle dita, con o senza parestesie
2SN	torpore intermittente o persistente alle dita, ridotta sensibilità tattile, termica e dolorifica
3SN	torpore intermittente o persistente, ridotta discriminazione tattile e/o ridotta destrezza manuale

***Nota:** la stadiazione vascolare e neurologica è applicabile quando i sintomi a carico delle estremità si suppongono causati dall'esposizione a vibrazioni trasmesse alla mano