

# Italian Translations of Whole-Body Vibration Health Surveillance Questionnaires

Appendix W1B to Final Report  
May 2001

EC Biomed II concerted action BMH4-CT98-3251

1. Pre-placement Health Surveillance  
Questionnaire
2. Periodic Health Surveillance  
Questionnaire

**QUESTIONARIO  
PER I LAVORATORI ESPOSTI  
A VIBRAZIONI TRASMESSE AL CORPO**

**Controllo Sanitario Periodico**

**Edizione italiana del questionario sviluppato nell'ambito del progetto  
UE Vibration Injury Network (1998-2000)**

A cura di:

Iole Pinto, Nicola Stacchini (AUSL 7 di Siena - D.pto di Prevenzione)

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

Data Compilazione \_\_\_\_\_ N. Codice \_\_\_\_\_

**SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI E PERSONALI**

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

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di nascita gg\_\_\_\_ mm\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_

Luogo di nascita:(Provincia) \_\_\_\_\_

Luogo di residenza (Provincia) \_\_\_\_\_

Età (anni) \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Altezza:(cm) \_\_\_\_\_

Stato Civile: Coniugato(a)  Vedovo(a)  Divorziato/Separato(a)   
Celibe/nubile  Vive solo(a)

1. Svolge regolare attività fisica? No  Si

2. Quante volte alla settimana esegue esercizi fisici impegnativi o fa allenamento fisico:

Mai  Meno di 1 volta  1 o 2 volte   
3 o più volte  Ogni giorno

3. E' fumatore o lo è stato in passato? No  Si

3.a Quando ha iniziato a fumare REGOLARMENTE? 19\_\_\_\_

3.b Fuma ancora? No  Si

3.b1 Se si, Numero sigarette/giorno \_\_\_\_\_

3.c Se ora non fuma, quando ha smesso di fumare? anno

3.d Quante sigarette al giorno fumava? \_\_\_\_\_ Per quanti anni? \_\_\_\_\_

4. Beve alcolici (vino, birra ecc.)? No  Si

4.a 0-1 bicchieri/giorno  2-3 bicchieri/giorno  più di 3 bicchieri/giorno

4.b 1-3 bicchieri/settim.  4-6 bicchieri/settim.  più di 6 bicchieri/settim.

5. Quanti Km percorre all'anno con la sua automobile:

meno di 8000 Km  8000-24000 Km  +24000 Km

6. Per quanti anni è andato a scuola?(elementari+medie+altro) n.anni \_\_\_\_\_

7.1 Quali sport pratica abitualmente (settimanalmente):

Sport nautici  Motociclismo  Equitazione  Ciclismo  Altro \_\_\_\_\_

7.2 FUORI DELL'ORARIO di lavoro quali di queste attività svolge abitualmente (hobby)?

Agricola  n.ore/settimana \_\_\_\_\_      Artigianato  n.ore/settimana \_\_\_\_\_  
Manutenzioni  n.ore/settimana \_\_\_\_\_      Computer  n.ore/settimana \_\_\_\_\_  
Studio  n.ore/settimana \_\_\_\_\_      Altro (specificare) n.ore/settimana \_\_\_\_\_

---

8. Durante l'attività EXTRA-lavorativa sposta o solleva abitualmente pesi superiori a:

10 Kg	20 Kg
Spesso <input type="checkbox"/>	Spesso <input type="checkbox"/>
Talvolta <input type="checkbox"/>	Talvolta <input type="checkbox"/>
Mai <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/>

## SEZIONE 2- INFORMAZIONI SUL LAVORO SVOLTO

1. Qual è il suo attuale lavoro? \_\_\_\_\_

2. Per quanti anni ha svolto questo lavoro? (anni) \_\_\_\_\_

3. Che tipo di mezzo di trasporto usa abitualmente per andare al lavoro?

Autobus      Automobile      Treno      Bicicletta      Motorino      Motocicletta      Piedi

4. Quanto tempo impiega per andare a lavoro?

meno di 20 min      20-40 min      40-60 min      Più di 1 ora

5. Che tipo di veicolo guida abitualmente durante il lavoro e/oe ha guidato in passato?:  
(es.: bus, camion, furgone, trattore etc.)

Tpo Veicolo	Dal (anno)	Al (anno)	Ore/giorno	Giorni/settimana	Settimane/anno

6. Su che tipo di fondo stradale guida abitualmente:

- a. Asfaltato/cemento in buone condizioni    N.ore/giorno \_\_\_\_\_ Tipo Veicolo \_\_\_\_\_
- b. Asfaltato/cemento in cattive condizioni    N.ore/giorno \_\_\_\_\_ Tipo Veicolo \_\_\_\_\_
- c. Lastricato    N.ore/giorno \_\_\_\_\_ Tipo Veicolo \_\_\_\_\_
- d. Pavé (ciottoli, porfido)    N.ore/giorno \_\_\_\_\_ Tipo Veicolo \_\_\_\_\_
- e. Binari    N.ore/giorno \_\_\_\_\_ Tipo Veicolo \_\_\_\_\_
- f. Sterrato/fuori strada    N.ore/giorno \_\_\_\_\_ Tipo Veicolo \_\_\_\_\_
- g. Cantieri stradali e cave    N.ore/giorno \_\_\_\_\_ Tipo Veicolo \_\_\_\_\_
- h. Altro (specificare) \_\_\_\_\_ N.ore/giorno \_\_\_\_\_ Tipo Veicolo \_\_\_\_\_

7. Quali strade percorre abitualmente quando guida:

Autostrada/superstrada	%tempo _____	Tipo Veicolo _____
Strade extra-urbane	%tempo _____	Tipo Veicolo _____
Strade urbane	%tempo _____	Tipo Veicolo _____
Percorsi misti	%tempo _____	Tipo Veicolo _____
Cave o cantieri	%tempo _____	Tipo Veicolo _____
Movimentazione in piazzale	%tempo _____	Tipo Veicolo _____
Altro (specificare)	%tempo _____	Tipo Veicolo _____

8. Quale è il suo abituale stile/velocità di guida:

Guida tranquilla                      Lenta                      Veloce                      Brusca

9. Quale sedile usa abitualmente? (tipo) \_\_\_\_\_

9.1 Il sedile ha		Idrauliche		Non ha sospensioni
sospensioni:				

9.2 Il sedile è regolabile?                      No                      Si

9.3 Regola abitualmente il sedile di guida?                      No                      Si                      Non applicabile

9.4 Ha ricevuto istruzioni su come regolare il sedile?                      No                      Si                      Non applicabile

9.6 Che tipo di cambio usa?                      automatico                      manuale

10. Il sedile ha uno schienale comodo?                      No                      Si                      Non applicabile.

10.1 Usa uno schienale separato quando guida?                      No                      Si                      Non applicabile.

10.2 Il sedile ha braccioli?                      No                      Si

10.3 Si appoggia ai braccioli quando guida?                      No                      Si                      Non applicabile.

11. Quali posture adotta abitualmente durante la guida?

Schiena appoggiata allo schienale:	Sporgendosi in avanti:	Torsione del busto:
Spesso ð	Spesso ð	Spesso ð
Talvolta ð	Talvolta ð	Talvolta ð
Mai ð	Mai ð	Mai ð

12. Durante la guida si verificano scosse tali da farla sobbalzare o spostarla fuori dal sedile?

mai                                      meno di 5 volte/giorno                                      più di 5 volte/giorno  
+ 5 volte all'ora ma meno di 5 volte al minuto                                      + 5 volte al minuto

13. Durante la guida avverte il sedile sobbalzare:

mai                                      meno di 5 volte/giorno                                      più di 5 volte/giorno  
+ 5 volte all'ora ma meno di 5 volte al minuto                                      + 5 volte al minuto

14. Percepisce vibrazioni o scosse fastidiose durante la guida?:    No            Si

Lungo la verticale		Lateralmente		Avanti-indietro	
No	Si	No	Si	No	Si

15. Durante il lavoro quante ore passa seduto senza guidare? \_\_\_\_\_(ore)

15.1 Quanti giorni di lavoro/ alla settimana non guida? \_\_\_\_\_(giorni)

15.2 Quante settimane lavorative all'anno non guida? \_\_\_\_\_(settimana)

16. Quando non guida deve assumere posizioni che comportino ricorrenti o prolungate torsioni della schiena?                                      No            Si

17. Tipicamente durante il lavoro quante ore al/giorno trascorre in piedi o camminando? (ore) \_\_\_\_\_

18. Deve sollevare pesi durante il lavoro?    No            Si

Minori di 5 Kg	Tra 5 e 10 Kg	+ di 10 Kg
N. volte/giorno _____	N. volte/giorno _____	N. volte/giorno _____

19. Deve sollevare pesi in posizione scomoda (flessione o torsione del busto etc.)? No    Si

20. Solleva pesi immediatamente dopo la guida?

Spesso ð

Talvolta ð

Raramente ð

Mai ð

21. Deve effettuare in maniera prolungata e ricorrente operazioni che comportino:

21.1 Flettere o estendere la schiena                      No      Si

21.2 Torsione della schiena                                  No      Si

21.3 Flessione e torsione simultanee                      No      Si

22. Durante il lavoro deve spingere o trasportare pesi frequentemente e/o a lungo, e/o in condizioni di disagio?    No      Si

23. Il suo lavoro richiede l'esecuzione di altre attività che causano sforzi impegnativi per la schiena o il collo?    No      Si

(Specificare) \_\_\_\_\_

24. Quante pause effettua mediamente durante la guida (scendendo dal mezzo): N. \_\_\_\_\_

25. Quanto durano le pause effettuate durante il lavoro (complessivamente): \_\_\_\_\_ (minuti)

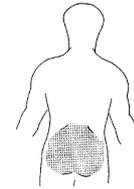
26. Durante le pause in genere:    Sta seduto                      Sta in piedi                      Cammina                      Altro \_\_\_\_\_

27. Ulteriori commenti sui problemi riscontrati a bordo del mezzo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## SEZIONE 3: INFORMAZIONI SULLA SALUTE



### 3.1: LOMBALGIE (DOLORE AL FONDO SCHIENA)

(Nel caso non abbia mai avuto mal di schiena passare alla sezione 3.2)

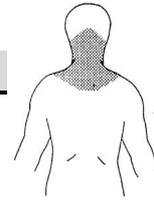
	Negli ultimi 7 giorni			Negli ultimi 12 mesi		
1. Ha mai avuto male al fondo schiena?	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>
2. Che tipo di disturbo ha avvertito?	Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore alla schiena che si irradia alle gambe <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio, dolore sordo, rigidità)			Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore alla schiena che si irradia alle gambe <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio, dolore sordo, rigidità)		
3. Quanti episodi di dolore ha avuto?	0 - 1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	più di 4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/> più di 10 <input type="checkbox"/>
4. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Non applicabile <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>	Alcune ore <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>		Non applicabile <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 2-4 settimane <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/>	Alcune ore <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>	
5. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del mal di schiena?	Mai <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>	3-4 giorni <input type="checkbox"/> più di 5 giorni <input type="checkbox"/>		Mai <input type="checkbox"/> 3- 6 mesi <input type="checkbox"/>	1-4 settimane <input type="checkbox"/> più di 6 mesi <input type="checkbox"/>	1-3 mesi <input type="checkbox"/>
6. Ha una esatta diagnosi medica?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____		
7. Ha mai avuto un trauma alla schiena che ha richiesto una visita medica?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare tipo trauma _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> quando? _____ Specificare tipo trauma _____		
6. Quale terapia le ha prescritto il medico? (terapia fisica, farmaci, altro)	Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____			Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____		
8. Ci sono particolari movimenti o attività che le causano il mal di schiena?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____		
9. Ci sono particolari movimenti o attività che le aggravano il mal di schiena?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____		
10. Ha di solito mal di schiena durante o subito dopo la guida?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In genere quanto dura ? _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In genere quanto dura ? _____		

13. Le è mai stata riscontrata ernia/e del disco del tratto lombare evidenziata/e con esame radiologico?

No                       Si                       Anno \_\_\_\_\_

Se sì, la diagnosi è stata fatto con radiografie ,                      TAC ,                      Risonanza Magnetica

14. Quando ha accusato per la prima volta mal di schiena?    (anno) 19 \_\_\_\_\_

**SEZIONE 3: INFORMAZIONI SULLA SALUTE**

**3.2 DOLORE AL COLLO** (nel caso non abbia mai avuto dolori al collo, passare alla sezione 3.3)

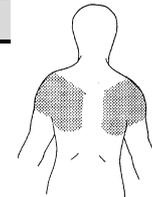
	Negli ultimi 7 giorni			Negli ultimi 12 mesi		
1. Ha avuto dolore al collo?	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>
2. Che tipo di disturbo ha avvertito?	Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore al collo che si irradia alle braccia <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che costringe ad assumere posizioni anomale del capo) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio dolore sordo, rigidità)			Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore al collo che si irradia alle braccia <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che costringe ad assumere posizioni anomale del capo) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio dolore sordo, rigidità)		
3. Quanti episodi di dolore ha avuto?	0 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	più di 4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>
4. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Non applicabile <input type="checkbox"/>	1-2 giorni <input type="checkbox"/>	Alcune ore <input type="checkbox"/>	Sempre <input type="checkbox"/>	Non applicabile <input type="checkbox"/>	Alcune ore <input type="checkbox"/>
5. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del dolore al collo/ braccia?	Mai <input type="checkbox"/>	1-2 giorni <input type="checkbox"/>	3-4 giorni <input type="checkbox"/>	più di 5 giorni <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/>	1-4 settimane <input type="checkbox"/>
6. Ha una esatta diagnosi medica?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
7. Ha mai avuto un trauma al collo che ha richiesto una visita medica?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> quando? _____	
8. Quale terapia le ha prescritto il medico? (terapia fisica, farmaci, altro)	Nessuna <input type="checkbox"/>			Nessuna <input type="checkbox"/>		
9. Ci sono particolari movimenti o attività che le causano il dolore?	No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
10. Ci sono particolari movimenti o attività che le aggravano il dolore?	No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
11. Ha di solito dolore al collo durante o subito dopo la guida?	No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>		
	In genere quanto dura ? _____			In genere quanto dura ? _____		

12. Le è mai stata riscontrata un' ernia del disco( tratto cervicale) verificata con esame radiologico?

 No  Si  Anno \_\_\_\_\_

 Se si, la diagnosi è stata fatto con radiografie , TAC , Risonanza Magnetica 

14. Quando ha accusato per la prima volta dolore al collo? (anno) 19\_\_\_\_\_

**SEZIONE 3: INFORMAZIONI SULLA SALUTE**

**B.3: DOLORE-ALLE SPALLE (nel caso non abbia mai avuto-dolori alle spalle passare alla sezione 3.4)**

	Negli ultimi 7 giorni			Negli ultimi 12 mesi		
1. Ha mai avuto dolore alle spalle?	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>
2. Che tipo di disturbo ha avvertito?	Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore alle spalle che si irradia alle braccia e mani <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore alle spalle) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio, dolore sordo, rigidità)			Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore alle spalle che si irradia alle braccia e mani <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore alle spalle) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio, dolore sordo, rigidità)		
3. Quanti episodi di dolore ha avuto?	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	più di 4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/> più di 10 <input type="checkbox"/>
4. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Non applicabile <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>		Alcune ore <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>	Non applicabile <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 2-4 settimane <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/>		Alcune ore <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>
5. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del dolore alle spalle braccia?	Mai <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>	3-4 giorni <input type="checkbox"/> più di 5 giorni <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/>	1-4 settimane <input type="checkbox"/> più di 6 mesi <input type="checkbox"/>	1-3 mesi <input type="checkbox"/>	
6. Ha una esatta diagnosi medica?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (Specificare) _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (Specificare) _____		
7. Ha mai avuto un trauma al collo che ha richiesto una visita medica?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare tipo trauma _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> quando? _____ Specificare tipo trauma _____		
8. Quale terapia le ha prescritto il medico? (terapia fisica, farmaci, altro)	Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____			Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____		
9. Ci sono particolari movimenti o attività che le causano il dolore?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____		
10. Ci sono particolari movimenti o attività che le aggravano il dolore?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____		
11. Ha di solito dolore alle spalle durante o subito dopo la guida?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In genere quanto dura ? _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In genere quanto dura ? _____		

12. Quando ha accusato per la prima volta dolore alle spalle?

(anno) 19\_\_\_\_\_

## SEZIONE 3: INFORMAZIONI SULLA SALUTE

### 3.4: DISTURBI AD ALTRE PARTI DEL CORPO

Ha mai avvertito, durante gli ultimi 12 mesi, disturbi come dolore, fastidio, intorpidimento a:

Gomiti	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sinistra <input type="checkbox"/>	Destra <input type="checkbox"/>	Entrambi <input type="checkbox"/>
Polsi/mani	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sinistra <input type="checkbox"/>	Destra <input type="checkbox"/>	Entrambi <input type="checkbox"/>
Anche/cosce/natiche	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sinistra <input type="checkbox"/>	Destra <input type="checkbox"/>	Entrambi <input type="checkbox"/>
Ginocchia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sinistra <input type="checkbox"/>	Destra <input type="checkbox"/>	Entrambi <input type="checkbox"/>
Caviglie/piedi	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sinistra <input type="checkbox"/>	Destra <input type="checkbox"/>	Entrambi <input type="checkbox"/>

### 3.5: ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Ernia inguinale No  Si  Terapie

Disturbi digestivi (gastriti, ulcere, problemi intestinali ecc.) No  Si  Terapie

Problemi di circolazione (vene varicose, emorroidi, ipertensione, problemi cardiaci ecc.) No  Si  Terapie

Problemi urinari (prostatiti, calcoli, malattie renali) No  Si  Terapie

Disturbi vestibolari (vertigini) No  Si  Terapie

Sindrome di Raynaud (dito bianco) No  Si  Terapie

Malattie croniche articolari, diagnosticate (artrite, gotta, reumatismo) No  Si  Terapie

#### Parte riservata alle donne:

Quante gravidanze ha avuto? \_\_\_\_\_ Normali? No  Si

Ha mai avuto aborti spontanei? No  Si

Ha attualmente problemi mestruali? No  Si

Ha mai avuto irregolarità mestruali o aborti spontanei prima dell'esposizione a vibrazioni?

No  Si

## SEZIONE 3 - INFORMAZIONI SULLA SALUTE

### 3-6 VALUTAZIONE DELL' INTENSITA' DEL DOLORE

#### 1. Intensità del dolore

Assegnare un punteggio da 0 a 10 al dolore percepito a fondo schiena/collo/spalle.

**Punteggio 0= nessun dolore**

**Punteggio 10: dolore insopportabile**

Fondo schiena	dolore minimo ⇒⇒ ⇒ ⇒dolore insopportabile
1. NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità massima del dolore percepito	0 1 ð 2 ð 3 ð 4 ð 5 ð 6 ð 7 ð 8 ð 9 ð 10 ð
2. NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità massima del dolore percepito	0 1 ð 2 ð 3 ð 4 ð 5 ð 6 ð 7 ð 8 ð 9 ð 10 ð
Collo	dolore minimo <b>P P P P</b> dolore insopportabile
3. NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità massima del dolore percepito	0 1 ð 2 ð 3 ð 4 ð 5 ð 6 ð 7 ð 8 ð 9 ð 10 ð
4. NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità massima del dolore percepito	0 1 ð 2 ð 3 ð 4 ð 5 ð 6 ð 7 ð 8 ð 9 ð 10 ð
Spalle	dolore minimo <b>P P P P</b> dolore insopportabile
5. NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità massima del dolore percepito	0 1 ð 2 ð 3 ð 4 ð 5 ð 6 ð 7 ð 8 ð 9 ð 10 ð
6. NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità massima del dolore percepito	0 1 ð 2 ð 3 ð 4 ð 5 ð 6 ð 7 ð 8 ð 9 ð 10 ð

#### 2. Valutazione dell'impedimento indotto dal dolore

**NEGLI ULTIMI 12 MESI** per quanti giorni ha in media interrotto le sue abituali attività (lavoro, sport, lavori domestici ecc.) a causa del dolore ?

Dolore al fondo schiena	0 giorni ð	1-6 giorni ð	7-14 giorni ð	15-30 giorni ð	+ 31 ð
Dolore al collo	0 giorni ð	1-6 giorni ð	7-14 giorni ð	15-30 giorni ð	+ 31 ð
Dolore alle spalle	0 giorni ð	1-6 giorni ð	7-14 giorni ð	15-30 giorni ð	+ 31 ð

**NEGLI ULTIMI 12 MESI** quanto il dolore ha condizionato ed impedito la sua normale attività?

Dare un punteggio da 0 = nessun grado di impedimento a 10=assoluta incapacità di svolgere l'attività

*minimo P P P P P P P massimo*

<b>FONDO SCHIENA</b>	
1. Il dolore ha modificato lo svolgimento delle attività ricreative e le abitudini di vita (esclusi lavori domestici)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
2. Il dolore ha modificato le capacità lavorative (inclusi lavori domestici)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>COLLO</b>	
3. Il dolore ha modificato lo svolgimento delle attività ricreative e le abitudini di vita (esclusi lavori domestici)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Il dolore ha modificato le capacità lavorative (inclusi lavori domestici)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<b>SPALLE</b>	
5. Il dolore ha modificato lo svolgimento delle attività ricreative e le abitudini di vita (esclusi lavori domestici)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Il dolore ha modificato le capacità lavorative (inclusi lavori domestici)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

## SEZIONE 3 - INFORMAZIONI SULLA SALUTE

### 3.7: QUESTIONARIO “ROLAND AND MORRIS” SUL GRADO DI DISABILITA’

Le domande che seguono cercano di definire in che misura il dolore alla schiena sta condizionando la sua vita. In particolare vorremmo capire se lei si trova in una delle condizioni descritte di seguito.

**Oggi** si trova in una delle seguenti condizioni?

1. A causa del dolore passo la maggior parte del tempo a casa.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
2. Cambio posizione di frequente per cercare di alleviare il mal di schiena.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
3. A causa del dolore cammino più lentamente del solito.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
4. A causa del dolore non faccio i lavori che abitualmente pratico a casa.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
5. A causa del dolore devo appoggiarmi al passamano per salire le scale.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
6. A causa del dolore ho bisogno di star disteso a riposare più spesso del solito.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
7. A causa del dolore ho bisogno di un appoggio per alzarmi dalla sedia.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
8. A causa del dolore ho bisogno di richiedere servizi ad altre persone.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
9. A causa del dolore mi vesto più lentamente del solito.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
10. A causa del dolore riesco a stare in piedi solo per poco tempo.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
11. A causa del dolore cerco di non incurvarmi o inginocchiarmi.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
12. A causa del dolore ho difficoltà ad alzarmi da una sedia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
13. La schiena mi fa male quasi sempre.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
14. A causa del dolore ora ho difficoltà a cambiare posizione nel letto	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
15. A causa del dolore ho meno appetito del solito.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
16. A causa del dolore ho problemi ad infilarmi i calzini.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
17. A causa del dolore cammino solo per brevi tratti.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
18. A causa del dolore non dormo bene.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
19. A causa del dolore ho bisogno di aiuto per vestirmi.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
20. A causa del dolore passo la maggior parte del tempo seduto.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
21. A causa del dolore evito i lavori pesanti di casa.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
22. A causa del dolore sono più irascibile e insofferente del solito.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
23. A causa del dolore salgo le scale più lentamente del solito.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
24. A causa del dolore rimango a letto per la maggior parte del tempo.	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

### SEZIONE 3 - INFORMAZIONI SULLA SALUTE

#### 3.8: QUALI EFFETTI HA AVUTO O HA ANCORA IL MAL DI SCHIENA SULL'ATTIVITA' CHE SVOLGE (questionario grado disabilita' fabq)

E' necessario rispondere a tutte le domande cercando il numero relativo alla risposta appropriata partendo da 0 "non concordo" a 5 "concordo in pieno".

*Non concordo P P P P P P P P P P Concordo in pieno*

#### Attività fisica normalmente praticata e mal di schiena

1. Il dolore mi è stato causato dall'attività fisica:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
2. L'attività fisica peggiora o ha peggiorato il dolore:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
3. L'attività fisica potrebbe danneggiare la mia schiena:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
4. Sarebbe meglio se non svolgessi l'attività fisica perché mi aggrava il mal di schiena:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
5. Non posso assolutamente svolgere l'attività fisica perché mi aggrava il mal di schiena:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð

#### Lavoro e mal di schiena

6. Il dolore mi è stato provocato dal lavoro o da un infortunio sul lavoro:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
7. Il lavoro aggrava i miei problemi con la schiena:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
8. Ho fatto richiesta di indennizzo per il mal di schiena:	No		Si ð			
9. Il lavoro è troppo pesante per le mie condizioni:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
10. Il lavoro mi peggiora o mi ha peggiorato il mal di schiena:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
11. Il lavoro potrebbe essere nocivo per la schiena:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
12. Sarebbe meglio se non svolgessi il mio lavoro perché mi aggrava il mal di schiena:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
13. Non posso assolutamente svolgere il lavoro quando ho mal di schiena:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
14. Sarebbe preferibile per me evitare il lavoro finché il mal di schiena non sia stato curato:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
15. Non credo che potrò mai più svolgere il lavoro normalmente:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð

## SEZIONE 4.- GIUDIZIO SUL LAVORO SVOLTO

In questa parte si richiede un giudizio sulla situazione lavorativa nel suo complesso

Ad ogni frase potrà assegnare un punteggio compreso tra 0 (totale disaccordo con quanto espresso nella frase) a 5 (totale accordo)

		<i>Non concordo</i> <b>P P P P</b> <i>Concordo in pieno</i>				
1. Mi piace il lavoro che svolgo:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
2. Il lavoro corrisponde alle mie aspettative:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
3. Posso contare su un collega in caso di problemi:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
4. Il lavoro mi dà soddisfazioni:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
5. Ho un buon rapporto con la maggior parte dei colleghi:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
6. Il mio lavoro è mentalmente impegnativo:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
7. Mi piacciono i compiti che devo svolgere:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
8. Discuto con i miei colleghi di vari problemi:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
9. Il lavoro richiede notevole concentrazione:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
10. Sono contento del mio lavoro:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
11. Il lavoro richiede di assumere notevoli responsabilità:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
12. Consiglierei questo lavoro ad un amico:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
13. Il lavoro mi dà preoccupazioni:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
14. Se tornassi indietro sceglierei nuovamente di fare lo stesso lavoro:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð
15. I miei colleghi di lavoro prendono in considerazione e sostengono le mie proposte:	0	1 ð	2 ð	3 ð	4 ð	5 ð

Grazie per la collaborazione

Data Compilazione \_\_\_\_\_

Compilatore \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO  
PER I LAVORATORI ESPOSTI  
A VIBRAZIONI TRASMESSE AL CORPO**

**Controllo Sanitario Preventivo**

Edizione italiana del questionario sviluppato nell'ambito del progetto  
UE Vibration Injury Network (1998-2000)

A cura di:

Iole Pinto, Nicola Stacchini (AUSL 7 di Siena - D.pto di Prevenzione)

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

Data Compilazione \_\_\_\_\_ N. Codice \_\_\_\_\_

## SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI E PERSONALI

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

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di nascita gg\_\_\_\_ mm\_\_\_\_ anno\_\_\_\_\_

Luogo di nascita:(Provincia) \_\_\_\_\_

Luogo di residenza (Provincia) \_\_\_\_\_

Età (anni) \_\_\_\_\_ Sesso: M  F

Peso (Kg) \_\_\_\_\_ Altezza:(cm) \_\_\_\_\_

Stato Civile: Coniugato(a)  Vedovo(a)  Divorziato/Separato(a)   
Celibe/nubile.  Vive solo(a)

7. Svolge regolare attività fisica? No  Si

8. Quante volte alla settimana esegue esercizi fisici impegnativi o fa allenamento fisico:  
Mai  Meno di 1 volta  1 o 2 volte   
3 o più volte  Ogni giorno

9. E' fumatore o lo è stato in passato? No  Si

3.a quando ha iniziato a fumare REGOLARMENTE? 19\_\_\_\_

3.b Fuma ancora? No  Si

3.b1 Se si , Numero sigarette/giorno \_\_\_\_\_

3.c Se ora non fuma, quando ha smesso di fumare? anno

3.d Quante sigarette al giorno fumava? \_\_\_\_\_ Per quanti anni? \_\_\_\_\_

10. Beve alcolici (vino, birra ecc.)? No  Si

4.a 0-1 bicchieri/giorno  2-3 bicchieri/giorno  più di 3 bicchieri/giorno

4.b 1-3 bicchieri/settim.  4-6 bicchieri/settim.  più di 6 bicchieri/settim.

11. Quanti Km percorre all'anno con la sua automobile:

meno di 8000 Km

8000-24000 Km

+24000 Km

12. Per quanti anni è andato a scuola?(elementari+medie+altro) n.anni \_\_\_\_\_

7.1 Quali sport pratica abitualmente (settimanalmente):

Sport nautici  Motociclismo  Equitazione  Ciclismo  Altro \_\_\_\_\_

7.2 FUORI DELL'ORARIO di lavoro quali di queste attività svolge abitualmente (hobby)?

Agricola  n.ore/settimana \_\_\_\_\_      Artigianato  n.ore/settimana \_\_\_\_\_  
Manutenzioni  n.ore/settimana \_\_\_\_\_      Computer  n.ore/settimana \_\_\_\_\_  
Studio  n.ore/settimana \_\_\_\_\_      Altro (specificare) n.ore/settimana \_\_\_\_\_

---

8. Durante l'attività EXTRA-lavorativa sposta o solleva abitualmente pesi superiori a:

10 Kg	20 Kg
Spesso <input type="checkbox"/>	Spesso <input type="checkbox"/>
Talvolta <input type="checkbox"/>	Talvolta <input type="checkbox"/>
Mai <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/>

**SEZIONE 2- STORIA LAVORATIVA**

4. Qual è il suo attuale lavoro? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. In quale comparto svolge questa attività? (es. agricoltura, edilizia, trasporti etc.) \_\_\_\_\_

6. Da quanti anni svolge questo lavoro? (anni) \_\_\_\_\_

7. Che tipo di veicolo guida abitualmente durante il lavoro e/o ha guidato in passato?:  
(es.: bus, camion, furgone, trattore etc.)

Tipo Veicolo	Dal (anno)	Al (anno)	Ore/giorno	Giorni/settimana	Settimane/anno

5. Quali posture adotta abitualmente durante la guida?

Schiena appoggiata allo schienale:	Sporgendosi in avanti:	Torsione del busto :
Spesso ð	Spesso ð	Spesso ð
Talvolta ð	Talvolta ð	Talvolta ð
Mai ð	Mai ð	Mai ð

6. Percepisce vibrazioni o scosse fastidiose durante la guida?: Si No

Lungo la verticale		Lateralmente		Avanti-indietro	
No	Si	No	Si	No	Si

7. Durante il lavoro quante ore passa seduto senza guidare? \_\_\_\_\_ (ore)

8. Deve sollevare pesi durante il lavoro? No Si

Minori di 5 Kg	Tra 5 e 10 Kg	+ di 10 Kg
N. volte/giorno _____	N. volte/giorno _____	N. volte/giorno _____

9. Deve effettuare in maniera prolungata e ricorrente operazioni che comportino:

9.1 Flettere o estendere la schiena No Si

9.2 Torsione della schiena No Si

9.3 Flessione e torsione simultanee No Si

10. Durante il lavoro deve spingere o trasportare pesi frequentemente e/o a lungo, e/o in condizioni di disagio? No Si

11. Il suo lavoro richiede l'esecuzione di altre attività che causano sforzi impegnativi per la schiena o il collo? No Si

(Specificare) \_\_\_\_\_

**Precedenti attività lavorative**

12. Quali lavori ha svolto in passato?

Attività svolta	Per quanti anni
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

13. Nel corso dei precedenti lavori è stato a bordo di mezzi quali: camion, bus, carrelli elevatori, trattori, ruspe etc.? No Si

13.1 Se si, specificare che tipo di veicolo ha guidato in passato (es.: bus, camion, furgone, trattore etc.)

Tipo Veicolo	Dal (anno)	Al (anno)	Ore/giorno	Giorni/settimana	Settimane/anno

14. I suoi precedenti impieghi richiedevano :

Star seduti a lungo      No      Si                      Sforzi fisici impegnativi      No      Si

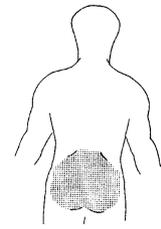
15. Ha mai avuto dolore al fondo schiena durante i precedenti lavori?                      No      Si

16. Nel tempo libero (al di fuori del lavoro), ha avuto o ha l'abitudine di guidare?      No      Si

Indicare il tipo di veicolo:

Tipo Veicolo	Dal (anno)	Al (anno)	Ore/giorno	Giorni/settimana	Settimane/anno

## SEZIONE 3: INFORMAZIONI SULLA SALUTE



### 3.1: LOMBALGIE (DOLORE AL FONDO SCHIENA)

(Nel caso non abbia mai avuto mal di schiena passare alla sezione 3.2)

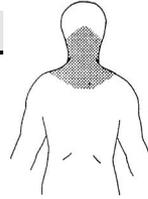
	Negli ultimi 7 giorni			Negli ultimi 12 mesi		
7. Ha mai avuto dolore al fondo schiena?	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>
8. Che tipo di disturbo ha avvertito?	Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore alla schiena che si irradia alle gambe <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio, dolore sordo, rigidità)			Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore alla schiena che si irradia alle gambe <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio, dolore sordo, rigidità)		
9. Quanti episodi di dolore ha avuto?	0 - 1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	più di 4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	2-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/> più di 10 <input type="checkbox"/>
10. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Non applicabile <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>	Alcune ore <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>		Non applicabile <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 2-4 settimane <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/>	Alcune ore <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>	
11. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del mal di schiena?	Mai <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>	3-4 giorni <input type="checkbox"/> più di 5 giorni <input type="checkbox"/>		Mai <input type="checkbox"/> 3- 6 mesi <input type="checkbox"/>	1-4 settimane <input type="checkbox"/> più di 6 mesi <input type="checkbox"/>	1-3 mesi <input type="checkbox"/>
11. Ha una esatta diagnosi medica?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Specificare _____			No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Specificare _____		
12. Ha mai avuto un trauma alla schiena che ha richiesto una visita medica?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Specificare tipo trauma _____			No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> quando? _____ Specificare tipo trauma _____		
13. Quale terapia le ha prescritto il medico? (terapia fisica, farmaci, altro)	Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____			Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____		
14. Ci sono particolari movimenti o attività che le causano il mal di schiena?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Specificare _____			No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Specificare _____		
15. Ci sono particolari movimenti o attività che le aggravano il mal di schiena?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Specificare _____			No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Specificare _____		
16. Ha di solito mal di schiena durante o subito dopo la guida?	No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In genere quanto dura ? _____			No <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> In genere quanto dura ? _____		

14. Le è mai stata riscontrata ernia/e del disco del tratto lombare evidenziata/e con esame radiologico?

No  Sì  Anno \_\_\_\_\_

Se sì, la diagnosi è stata fatta con radiografie , TAC , Risonanza Magnetica

15. Quando ha accusato per la prima volta mal di schiena? (anno) 19 \_\_\_\_\_

**SEZIONE 3: INFORMAZIONI SULLA SALUTE**

**3.2 DOLORE AL COLLO** (Nel caso non abbia mai avuto dolori al collo passare alla sezione 3.3)

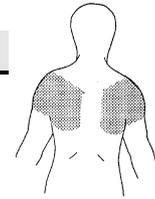
	Negli ultimi 7 giorni			Negli ultimi 12 mesi		
13. Ha avuto dolore al collo?	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>
14. Che tipo di disturbo ha avvertito?	Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore al collo che si irradia alle braccia <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che costringe ad assumere posizioni anomale del capo) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio, dolore sordo, rigidità)			Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore al collo che si irradia alle braccia <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che costringe ad assumere posizioni anomale del capo) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio, dolore sordo, rigidità)		
15. Quanti episodi di dolore ha avuto?	0 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	più di 4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/> più di 10 <input type="checkbox"/>
16. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Non applicabile <input type="checkbox"/>	Alcune ore <input type="checkbox"/>		Non applicabile <input type="checkbox"/>	Alcune ore <input type="checkbox"/>	
	1-2 giorni <input type="checkbox"/>	Sempre <input type="checkbox"/>		1-2 giorni <input type="checkbox"/>	3-6 giorni <input type="checkbox"/>	
				2-4 settimane <input type="checkbox"/>	1-3 mesi <input type="checkbox"/>	
				3-6 mesi <input type="checkbox"/>	Sempre <input type="checkbox"/>	
17. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del dolore al collo/braccia?	Mai <input type="checkbox"/>	3-4 giorni <input type="checkbox"/>		Mai <input type="checkbox"/>	1-3 mesi <input type="checkbox"/>	
	1-2 giorni <input type="checkbox"/>	più di 5 giorni <input type="checkbox"/>		3-6 mesi <input type="checkbox"/>	1-4 settimane <input type="checkbox"/>	
					più di 6 mesi <input type="checkbox"/>	
18. Ha una esatta diagnosi medica?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
	(Specificare) _____			(Specificare) _____		
19. Ha mai avuto un trauma al collo che ha richiesto una visita medica?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> quando? _____	
	Specificare tipo trauma _____			Specificare tipo trauma _____		
20. Quale terapia le ha prescritto il medico? (terapia fisica, farmaci, altro)	Nessuna <input type="checkbox"/>			Nessuna <input type="checkbox"/>		
	Specificare _____			Specificare _____		
21. Ci sono particolari movimenti o attività che le causano il dolore?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
	Specificare _____			Specificare _____		
22. Ci sono particolari movimenti o attività che le aggravano il dolore?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
	Specificare _____			Specificare _____		
23. Ha di solito dolore al collo durante o subito dopo la guida?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	
	In genere quanto dura ? _____			In genere quanto dura ? _____		

24. Le e' mai stata riscontrata ernia/e del disco del tratto cervicale evidenziata/e con esame radiologico?

 No  Si  Anno \_\_\_\_\_

 Se si, la diagnosi e' stata fatta con radiografie , TAC , Risonanza Magnetica 

15. Quando ha accusato per la prima volta dolore al collo? (anno) 19 \_\_\_\_\_

**SEZIONE 3: INFORMAZIONI SULLA SALUTE**

**B.3: DOLORE ALLE SPALLE** (Nel caso non abbia mai avuto dolori alle spalle passare alla sezione 3.4)

	Negli ultimi 7 giorni			Negli ultimi 12 mesi		
12. Ha mai avuto dolore alle spalle?	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>	mai <input type="checkbox"/>	talvolta <input type="checkbox"/>	spesso <input type="checkbox"/>
13. Che tipo di disturbo ha avvertito?	Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore alle spalle che si irradia alle braccia e mani <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore alle spalle) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio, dolore sordo, rigidita')			Nessuno <input type="checkbox"/> Dolore alle spalle che si irradia alle braccia e mani <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore alle spalle) Dolore aspecifico <input type="checkbox"/> (senso di peso, fastidio, dolore sordo, rigidita')		
14. Quanti episodi di dolore ha avuto?	0 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	più di 4 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	2-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>			1 <input type="checkbox"/>		più di 10 <input type="checkbox"/>
15. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Non applicabile <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>		Alcune ore <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>		Non applicabile <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 2-4 settimane <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/>	
					Alcune ore <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>	
16. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del dolore alle spalle-braccia?	Mai <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>	3-4 giorni <input type="checkbox"/> più di 5 giorni <input type="checkbox"/>		Mai <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/>	1-4 settimane <input type="checkbox"/> più di 6 mesi <input type="checkbox"/>	1-3 mesi <input type="checkbox"/>
17. Ha una esatta diagnosi medica?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (Specificare) _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (Specificare) _____		
18. Ha mai avuto un trauma al collo che ha richiesto una visita medica?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare tipo trauma _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare tipo trauma _____		
19. Quale terapia le ha prescritto il medico? (terapia fisica, farmaci, altro)	Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____			Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____		
20. Ci sono particolari movimenti o attività che le causano il dolore?	Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____			Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____		
21. Ci sono particolari movimenti o attività che le aggravano il dolore?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (Specificare) _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> (Specificare) _____		
22. Ha di solito dolore alle spalle durante o subito dopo la guida?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In genere quanto dura ? _____			No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> In genere quanto dura ? _____		

12. Quando ha accusato per la prima volta dolore alle spalle-? (anno) 19\_\_\_\_\_

## SEZIONE 3: INFORMAZIONI SULLA SALUTE

### 3.4: DISTURBI AD ALTRE PARTI DEL CORPO

Ha mai avvertito, durante gli ultimi 12 mesi, disturbi come dolore, fastidio, intorpidimento a:

Gomiti	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sinistra <input type="checkbox"/>	Destra <input type="checkbox"/>	Entrambi <input type="checkbox"/>
Polsi/mani	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sinistra <input type="checkbox"/>	Destra <input type="checkbox"/>	Entrambi <input type="checkbox"/>
Anche/cosce/natiche	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sinistra <input type="checkbox"/>	Destra <input type="checkbox"/>	Entrambi <input type="checkbox"/>
Ginocchia	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sinistra <input type="checkbox"/>	Destra <input type="checkbox"/>	Entrambi <input type="checkbox"/>
Caviglie/piedi	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Sinistra <input type="checkbox"/>	Destra <input type="checkbox"/>	Entrambi <input type="checkbox"/>

### 3.5: ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Ernia inguinale	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Terapie <input type="checkbox"/>
Disturbi digestivi (gastriti, ulcere, problemi intestinali ecc.)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Terapie <input type="checkbox"/>
Problemi di circolazione (vene varicose, emorroidi, ipertensione, problemi cardiaci ecc.)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Terapie <input type="checkbox"/>
Problemi urinari (prostatiti, calcoli, malattie renali)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Terapie <input type="checkbox"/>
Disturbi vestibolari (vertigini)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Terapie <input type="checkbox"/>
Sindrome di Raynaud (dito bianco)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Terapie <input type="checkbox"/>

Malattie croniche articolari, diagnosticate (artrite, gotta, reumatismo)	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	Terapie <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

#### Parte riservata alle donne:

Quante gravidanze ha avuto? \_\_\_\_\_ Normali? No  Si

Ha mai avuto aborti spontanei? No  Si

Ha attualmente problemi mestruali? No  Si

Ha mai avuto irregolarità mestruali o aborti spontanei prima dell'esposizione a vibrazioni?

No  Si

## SEZIONE 3 - INFORMAZIONI SULLA SALUTE

### 3-6 VALUTAZIONE DELL' INTENSITA' DEL DOLORE

#### 3. Intensità del dolore

Assegnare un punteggio da 0 a 10 al dolore percepito al fondo schiena/collo/spalle.

**Punteggio 0= nessun dolore**

**Punteggio 10: dolore insopportabile**

Fondo schiena		<i>dolore minimo P P P P dolore insopportabile</i>									
7. NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità massima del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità massima del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Collo		<i>dolore minimo P P P P dolore insopportabile</i>									
9. NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità massima del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità massima del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Spalla		<i>dolore minimo P P P P dolore insopportabile</i>									
11. NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità massima del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità massima del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

#### 4. Valutazione dell'impedimento indotto dal dolore

NEGLI ULTIMI 12 MESI per quanti giorni ha in media interrotto le sue abituali attività (lavoro, sport, lavori domestici ecc.) a causa del dolore ?

Dolore al fondo schiena	0 giorni	1-6 giorni	7-14 giorni	15-30 giorni	+ 31
Dolore al collo	0 giorni	1-6 giorni	7-14 giorni	15-30 giorni	+ 31
Dolore alle spalle	0 giorni	1-6 giorni	7-14 giorni	15-30 giorni	+ 31

