



Risks of Occupational Vibration Injuries (VIBRISKS)

European Commission FP5 Project No. QLK4-2002-02650

Title: WBV Questionnaire - Italian translation

Authors: Iole Pinto and Massimo Bovenzi

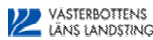
Organisation: USL7, Trieste

Task: Work Package 4, Task 4.1

Date: 15 April 2004



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



QUESTIONARIO
PER I LAVORATORI ESPOSTI
A VIBRAZIONI TRASMESSE AL CORPO

Deleted: PER IL

Controllo **S**anitario **P**reventivo

Deleted: s

Deleted: di Pre-assunzione
dei lavoratori esposti a
vibrazioni trasmesse al
corpo
¶

Edizione italiana del questionario sviluppato nell'ambito del progetto

UE VIBRISKS

Versione aggiornata a febbraio 2004

A cura di:

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

Deleted: AUSL 7 di Siena -

Deleted: .pto

Deleted: ¶

Deleted: Università degli
Studi di Trieste -

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

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI E PERSONALI

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

CAP: _____

Data di nascita gg ____ mm ____ anno ____ Et  (anni) _____ Sesso: M F

Deleted: [][][]E

Luogo di nascita (Provincia) _____ Deleted: _____

Deleted: _____

Luogo di residenza (Provincia) _____ Deleted: L

Deleted: L

Peso (Kg) _____ Altezza:(cm) _____ Deleted: _

Deleted: _

Stato Civile: Coniugato(a) Vedovo(a) Divorziato/Separato(a)

Deleted: L

Quant'anni di scuola ha frequentato: Celibe/nubile Vive solo(a) ≤6 anni 7-12 anni >12 anni

Deleted: L

Deleted:)_

1. Se svolge regolare attivit  fisica, quante volte alla settimana esegue esercizi fisici o fa sport: Deleted: f

Mai Meno di 1 volta 1 o 2 volte 3 o pi  volte Ogni giorno

2. E' fumatore o lo   stato in passato? No Si

Deleted: (Sse si)-,

2.a Se si, quando ha iniziato a fumare REGOLARMENTE? _____

2.b Fuma ancora? No Si

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

2.d Se si, quanto fuma/fumava? numero sigarette/giorno _____

Deleted: (

sigari/giorno _____

Deleted:)

pipa/tabacco sfuso gr. al giorno _____

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

Formatted: Bullets and Numbering

3.a 0-1 bicchieri/giorno 2-3 bicchieri/giorno pi  di 3 bicchieri/giorno

3.b 1-3 bicchieri/settim. 4-6 bicchieri/settim. pi  di 6 bicchieri/settim.

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

Formatted: Bullets and Numbering

meno di 8000 Km 8000-24000 Km +24000 Km

5. Quali sport pratica abitualmente (settimanalmente):

Deleted: s

Sport nautici Motociclismo Equitazione Ciclismo Altro _____

6. FUORI DELL'ORARIO di lavoro quali di queste attivit  svolge abitualmente (hobby)?

Deleted: li

Agricola n.ore/settimana _____ Artigianato n.ore/settimana _____

Deleted: li

Manutenzioni n.ore/settimana _____ Computer n.ore/settimana _____

Deleted: li

Studio n.ore/settimana _____ Altro (specificare) n.ore/settimana _____

Deleted: li

6.a Durante l'attivit  EXTRA-lavorativa sposta o solleva abitualmente pesi superiori a:

Deleted: li

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

Deleted: li

Formatted: Bullets and Numbering

SEZIONE 2- STORIA LAVORATIVA

7. Qual è il suo attuale lavoro? _____
8. In quale comparto svolge questa attività? (es. agricoltura, edilizia, trasporti etc.) _____
9. Quando ha cominciato a svolgere questo lavoro? (mese) _____ (anno) _____

ATTIVITA' LAVORATIVA

Postura

10. Durante una giornata tipo del suo lavoro, per quante ore, in totale, sta in piedi o cammina?

Nessuna Meno di 1 ora 1-3 ore Più di 3 ore

11. Durante una giornata tipo del suo lavoro, deve piegarsi nel modo mostrato dalle figure?



No Sì (Se no, vada alla domanda 12)

- 11a. Se sì, per quanto tempo, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve lavorare con il tronco piegato tra 20 e 40°?

Meno di 1 ora 1-2 ore più di 2 ore

- 11b. Se sì, per quanto tempo, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve lavorare con il tronco piegato oltre 40°?

Meno di 1/2 ora 1/2-2 ore più di 2 ore

12. Durante una giornata tipo del suo lavoro, deve ruotare il busto (torsione) come mostrato dalle figure?



No Sì (Se no, vada alla domanda 13)

- 12a. Se sì, per quanto tempo, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve ruotare il busto con il tronco piegato tra 20 e 40°?

Meno di 1 ora 1-2 ore più di 2 ore

- 12b. Se sì, per quanto tempo, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve ruotare il busto con il tronco piegato oltre 40°?

Meno di 1/2 ora 1/2-2 ore più di 2 ore

13. Complessivamente, durante una giornata tipo del suo lavoro, quante ore lavora con le braccia sollevate e le mani allungate al di sopra dell'altezza delle spalle?

Nessuna Meno di 1 ora 1-3 ore Più di 3 ore

Scavare o spalare

14. Durante una giornata tipo del suo lavoro, per quante ore, complessivamente, deve scavare e/o di spalare ?

Nessuna Meno di 1 ora 1-3 ore Più di 3 ore

Posizione seduta

15. Durante una giornata tipo del suo lavoro, deve stare seduto per periodi di più di 3 ore (OLTRE ALLE ORE IN CUI GUIDA)?

No Sì e POSSO alzarmi e muovermi se lo desidero Sì e NON POSSO alzarmi e muovermi anche se lo desidero

Sollevamento di pesi

16. Deve regolarmente caricare/scaricare il veicolo (i veicoli) che guida, sollevando/manipolando carichi pesanti?

No Sì

17. Per quanto tempo, in una giornata tipo del suo lavoro, deve sollevare carichi di peso superiore a 15 Kg (paragonabili ad una cassa di 24 bottiglie di birra, un bambino di 3 anni di corporatura media o una piccola valigia a pieno carico)?

mai 0-15 minuti 15-45 minuti più di 45 minuti

(Se no, vada alla domanda 18)

17a. Per quante volte, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve sollevare **carichi di tale entità** con la schiena piegata nel modo mostrato dalle figure?



Mai 1-10 volte più di 10 volte

17b. Per quante volte, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve sollevare **carichi di tale entità (> 15 Kg)** con il busto in torsione o piegato e in torsione nel modo mostrato dalle figure?



Mai busto piegato e in torsione busto in torsione
1-10 volte più di 10 volte

Guida di veicoli

18. Guida o ha guidato qualche veicolo nel lavoro attuale (es.: bus, automobile, camion, furgone, trattore etc.)?

No Si

(Se no, vada alla domanda 20)

Quali dei seguenti veicoli guida abitualmente durante il lavoro e per quante ore alla settimana, in media?:

19.

Veicolo	Segnare se viene guidato durante il lavoro (✓)	Approssimativamente per quante ore/settimana, in media, guida questo veicolo?	
a) Auto o furgone (esclusi i tragitti da e per il lavoro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (in 1 settimana) minuti
b) Camion, autobus or pullman (come guidatore, non come passeggero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (in 1 settimana) minuti
c) Motocicletta (esclusi i tragitti da e per il lavoro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (in 1 settimana) minuti
d) Carrello elevatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (in 1 settimana) minuti
e) Trattore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (in 1 settimana) minuti
f) Caricatore (sabbia, pietre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (in 1 settimana) minuti
g) Escavatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (in 1 settimana) minuti
h) Altri grossi veicoli fuori-strada (es. mietitrice, cingolato)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (in 1 settimana) minuti
i) Altri grossi veicoli da strada (es. ambulanza, autopompa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (in 1 settimana) minuti
l) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ore	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (in 1 settimana) minuti

20. Deve mai guidare con la schiena piegata in avanti o in torsione, durante il lavoro?

Mai Qualche volta Spesso

21. Percepisce vibrazioni o scosse fastidiose durante la guida?:

Lungo la verticale		Lateralmente		Avanti-indietro	
No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>

LA SUA PERCEZIONE DEL LAVORO

22. Nell'ambito dell'attività lavorativa ha la possibilità di decidere:

	Spesso	Talvolta	Raramente	Mai/quasi mai
a) Come fare il proprio lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Che cosa fare al lavoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) L'orario di lavoro e le pause?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. In caso di difficoltà sul campo, riceve aiuto e supporto dai colleghi o dai superiori?

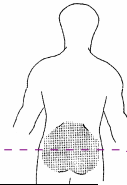
Spesso Talvolta Raramente Mai Non applicabile

24. In complesso, quanto si ritiene soddisfatto del suo lavoro, prendendo in considerazione tutti gli aspetti?

Molto soddisfatto Soddisfatto Poco soddisfatto Per nulla soddisfatto

SEZIONE 3: INFORMAZIONI SULLA SALUTE

Questa sezione riguarda il dolore o il fastidio lamentato in diverse parti del corpo e in momenti diversi.



3.1: FONDO SCHIENA (incluso il dolore irradiato alla gamba)

Deleted: ¶

	Negli ultimi 7 giorni			Negli ultimi 12 mesi			
27a. Ha mai avuto dolore o fastidio nella zona evidenziata dalla figura?	no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>		
<i>(Se no, ignori questa parte e vada alla sezione 3.2.)</i>							
27b. Che tipo di dolore o fastidio ha avvertito? (Segnare una o più risposte)	Solo dolore alla schiena <input type="checkbox"/> Solo dolore/sintomi alle gambe <input type="checkbox"/> Dolore/sintomi alla schiena ed alle gambe <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)			Solo dolore alla schiena <input type="checkbox"/> Solo dolore/sintomi alle gambe <input type="checkbox"/> Dolore/sintomi alla schiena ed alle gambe <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)			
27c. Quanti episodi di dolore ha avuto?	1 <input type="checkbox"/>	2-3 <input type="checkbox"/>	più di 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>	più di 10 <input type="checkbox"/>
27d. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Ore <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>	3 - 6 giorni <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>		Ore <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/>	7-30 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>		
27e. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del mal di schiena?	ore <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>	3-6 giorni <input type="checkbox"/> 7 giorni <input type="checkbox"/>		Mai <input type="checkbox"/> 1-6 giorni <input type="checkbox"/>	7-14 giorni <input type="checkbox"/> 15-30 giorni <input type="checkbox"/>	1-3 mesi <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> più di 6 mesi <input type="checkbox"/>	
27f. Ha consultato un medico?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		
27g. Quale terapia le ha prescritto il medico? (antidolorifici, terapia fisica, chirurgia, altro)	Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____			Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____			
27h. Ha una esatta diagnosi medica*?	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		
27i. 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 ? _____	
27l. Se sì, quale è stata la durata tipica del dolore?	ore <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/>	3-6 giorni <input type="checkbox"/> tutti 7 i giorni <input type="checkbox"/>		Mai <input type="checkbox"/> 1-6 giorni <input type="checkbox"/>	7-14 giorni <input type="checkbox"/> 15-30 giorni <input type="checkbox"/>	1-3 mesi <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> più di 6 mesi <input type="checkbox"/>	
27m. Ha mai avuto un trauma alla schiena che ha richiesto una visita medica? quando? _____ Specificare tipo trauma _____	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>		

(*es. protrusione/ernia discale, spondilosi, spondilolistesi ecc.)

Formatted: Bullets and Numbering

Formatted: Bullets and Numbering

Formatted: Bullets and Numbering

Deleted: ____

Deleted: _

Formatted: Bullets and Numbering

Formatted: Bullets and Numbering

28. Quando il dolore alla schiena è comparso per la prima volta come si è presentato?

Gradualmente D'improvviso, al di fuori del lavoro Se è comparso d'improvviso, cosa stava facendo quando è iniziato?
D'improvviso, al lavoro _____

29. Le è mai stata riscontrata ernia/e del disco del tratto lombare evidenziata/e, con esame radiologico?
No Si Anno _____

Deleted: verificata

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

31. Quando ha accusato per la prima volta mal di schiena? (anno) 19_____

Ultimi 7 giorni

(Se non ha sofferto di dolore/fastidio al fondo schiena durante gli ultimi 7 giorni vada alla domanda 34).

32. Il dolore si estendeva lungo la gamba sotto al ginocchio durante gli ultimi 7 giorni?
No Si

33. Ha dovuto ridurre, evitare o rinunciare a qualcuna delle normali attività negli ultimi 7 giorni a causa del mal di schiena?
No Si

(Se no, vada alla domanda 34)

33a. Se si, provi a stimare quante ore o minuti sarebbero stati necessari per compiere il lavoro che il mal di schiena le ha impedito di fare?

ore minuti

34. Che punteggio da 0 a 10 assegnerebbe al dolore percepito al fondo schiena durante gli ultimi 7 giorni oppure negli ultimi 12 mesi (se non ha avuto mal di schiena negli ultimi 7 gioni)
(dove punteggio 0 = nessun dolore e punteggio 10 = dolore insopportabile)

Fondo schiena	dolore minimo =>>>=>=>dolore insopportabile
NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità media del dolore percepito	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità media del dolore percepito	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>

Deleted: ¶

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 sia trovato nelle condizioni descritte di seguito durante l'ultimo episodio di mal di schiena (segna tutte le opzioni adatte).

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 ora ho difficoltà a cambiare posizione nel letto	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 ho difficoltà ad alzarmi da una sedia	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"/>

3.2: COLLO (incluso il dolore irradiato alle braccia)



	Negli ultimi 7 giorni	Negli ultimi 12 mesi
35a. Ha mai avuto dolore o fastidio nella zona evidenziata dalla figura?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
<i>(Se no, ignori questa parte e vada alla sezione 3.3).</i>		
35b. Che tipo di dolore o fastidio ha avvertito? (Segnare una o più risposte)	Solo dolore al collo <input type="checkbox"/> Solo dolore/sintomi alle braccia <input type="checkbox"/> Dolore/sintomi al collo e alle braccia <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)	Solo dolore al collo <input type="checkbox"/> Solo dolore/sintomi alle braccia <input type="checkbox"/> Dolore/sintomi al collo e alle braccia <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)
35c. Quanti episodi di dolore ha avuto?	1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> più di 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> più di 10 <input type="checkbox"/>
35d. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Ore <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> giorni <input type="checkbox"/>	Ore <input type="checkbox"/> 7-30 giorni <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>
35e. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del dolore al collo/braccia?	ore <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> 7 giorni <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/> 7-14 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> 1-6 giorni <input type="checkbox"/> 15-30 giorni <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> più di 6 mesi <input type="checkbox"/>
35f. Ha consultato un medico?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
35g. Quale terapia le ha prescritto il medico? (antidolorifici, terapia fisica, chirurgia, altro)	Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____	Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____
35h. Ha una esatta diagnosi medica?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____
35i. Ha di solito dolore al collo 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 ? _____
35l. Se sì, quale è stata la durata tipica del dolore?	ore <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> 7 giorni <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/> 7-14 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> 1-6 giorni <input type="checkbox"/> 15-30 giorni <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> più di 6 mesi <input type="checkbox"/>
35m. Ha mai avuto un trauma al collo che ha richiesto una visita medica? quando? _____ Specificare tipo trauma _____	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>

Deleted: ¶

Formatted: Bullets and Numbering

Formatted: Bullets and Numbering

Formatted: Bullets and Numbering

Deleted: ____

Deleted: _

Formatted: Bullets and Numbering

Formatted: Bullets and Numbering

(*es. protrusione/ernia discale, spondilosi, spondilolistesi ecc.)

36. Quando il dolore al collo è comparso per la prima volta come si è presentato?

Gradualmente Sì D'improvviso, al di fuori del lavoro Se è comparso d'improvviso, cosa stava facendo quando è iniziato?
 D'improvviso, al lavoro

37. Le è mai stata riscontrata ernia/e del disco del tratto cervicale evidenziata/e, con esame radiologico?
 No Sì Anno _____

Deleted: verificata

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

39. Quando ha accusato per la prima volta il dolore al collo? (anno) 19_____

Ultimi 7 giorni

(Se no ha sofferto di dolore/fastidio al collo durante gli ultimi 7 giorni vada alla domanda 41).

40. Ha dovuto ridurre, evitare o rinunciare a qualcuna delle normali attività negli ultimi 7 giorni a causa del dolore al collo?
 No Sì

(Se no, vada alla domanda 41)

40a. Se si, provi a stimare quante ore o minuti avrebbe perso del proprio lavoro per questo motivo?

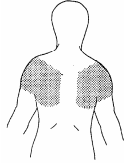
ore minuti

41. Che punteggio da 0 a 10 assegnerebbe al dolore percepito al collo durante gli ultimi 7 giorni oppure negli ultimi 12 mesi (se non ha avuto dolore al collo negli ultimi 7 gioni)
 (dove punteggio 0 = nessun dolore e punteggio 10 = dolore insopportabile)

Collo	dolore minimo =>>>=>=>dolore insopportabile
NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità media del dolore percepito	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità media del dolore percepito	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>

Deleted: ¶

3.3: SPALLE



	Negli ultimi 7 giorni	Negli ultimi 12 mesi
42a. Ha mai avuto dolore o fastidio nella zona evidenziata dalla figura?	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
<i>(Se no, ignori questa parte e vada alla sezione 3.4).</i>		
42b. Che tipo di dolore o fastidio ha avvertito? (Segnare una o più risposte)	Solo dolore alle spalle <input type="checkbox"/> Solo dolore/sintomi alle braccia/mani <input type="checkbox"/> Dolore/sintomi alle spalle e braccia/mani <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)	Solo dolore alle spalle <input type="checkbox"/> Solo dolore/sintomi alle braccia/mani <input type="checkbox"/> Dolore/sintomi alle spalle e braccia/mani <input type="checkbox"/> Dolore acuto <input type="checkbox"/> (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)
42c. Quanti episodi di dolore ha avuto?	1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> più di 3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> più di 10 <input type="checkbox"/>
42d. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Ore <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> giorni <input type="checkbox"/>	Ore <input type="checkbox"/> 7-30 giorni <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/>
42e. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del dolore alle spalle?	ore <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 7 giorni <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/> 7-14 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> 1-6 giorni <input type="checkbox"/> 15-30 giorni <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> più di 6 mesi <input type="checkbox"/>
42f. Ha consultato un medico?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>
42g. Quale terapia le ha prescritto il medico? (antidolorifici, terapia fisica, chirurgia, altro)	Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____	Nessuna <input type="checkbox"/> Specificare _____
42h. Ha una esatta diagnosi medica?	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Specificare _____
42i. 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 ? _____
42l. Se sì, quale è stata la durata tipica del dolore?	ore <input type="checkbox"/> 3-6 giorni <input type="checkbox"/> 1-2 giorni <input type="checkbox"/> 7 giorni <input type="checkbox"/>	Mai <input type="checkbox"/> 7-14 giorni <input type="checkbox"/> 1-3 mesi <input type="checkbox"/> 1-6 giorni <input type="checkbox"/> 15-30 giorni <input type="checkbox"/> 3-6 mesi <input type="checkbox"/> più di 6 mesi <input type="checkbox"/>
42m. Ha mai avuto un trauma alle spalle che ha richiesto una visita medica? quando? _____ Specificare tipo trauma _____	No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/>	

Deleted: ¶

Formatted: Bullets and Numbering

Formatted: Bullets and Numbering

Formatted: Bullets and Numbering

Deleted: ___

Deleted: ..

Formatted: Bullets and Numbering

Formatted: Bullets and Numbering

43. Quando il dolore alle spalle è comparso per la prima volta come si è presentato?

Gradualmente D'improvviso, al di fuori del lavoro Se è comparso d'improvviso, cosa stava facendo quando è iniziato?

D'improvviso, al lavoro _____

44. Le è mai stata riscontrata una patologia a livello delle spalle evidenziata/e, con esame radiologico?
 No Si Anno _____

Deleted: verificata

45. Se si, la diagnosi e' stata fatta con radiografie , _____ ECO , _____ TAC , _____ Risonanza Magnetica

46. Quando ha accusato per la prima volta il dolore alle spalle? (anno) 19_____

Ultimi 7 giorni

(Se no ha sofferto di dolore/fastidio alle spalle durante gli ultimi 7 giorni vada alla domanda 48).

47. Ha dovuto ridurre, evitare o rinunciare a qualcuna delle normali attività negli ultimi 7 giorni a causa del dolore alle spalle?
 No Si

(Se no, vada alla domanda 48)

47a. Se si, provi a stimare quante ore o minuti avrebbe perso del proprio lavoro per questo motivo?

ore minuti

48. Che punteggio da 0 a 10 assegnerebbe al dolore percepito alle spalle durante gli ultimi 7 giorni oppure negli ultimi 12 mesi (se non ha avuto dolore alle spalle negli ultimi 7 giorni)
 (dove punteggio 0 = nessun dolore e punteggio 10 = dolore insopportabile)

Spalle dolore minimo =>>=>=> dolore insopportabile

Deleted: ¶

NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità media del dolore percepito	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>
NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità media del dolore percepito	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/>

3.4: DISTURBI AD ALTRE PARTI DEL CORPO

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

Deleted: i

Gomiti No Si Sinistra Destra Entrambi

Polso/mani No Si Sinistra Destra Entrambi

Anche/cosce/natiche No Si Sinistra Destra Entrambi

Ginocchia No Si Sinistra Destra Entrambi

Caviglie/piedi No Si Sinistra Destra Entrambi

Parte alta della schiena (dorso) No Si

È riportata sotto una lista di problemi che talora affliggono alcune persone. Legga con attenzione ciascuna voce e segni il numero che meglio descrive quanto ciascun problema l'ha disturbata o infastidita negli **ultimi 7 giorni (incluso oggi)**.

	Per nulla	Un po'	Moderatamente	Molto	Moltissimo
Debolezza o vertigini	0	1	2	3	4
Dolore cardiaco o al torace	0	1	2	3	4
Sensazione di facile suscettibilità	0	1	2	3	4
Sensazione di ostilità o di scarso apprezzamento dagli altri	0	1	2	3	4
Sensazione di inferiorità	0	1	2	3	4
Nausea o disturbi gastrici	0	1	2	3	4
Disturbi del respiro	0	1	2	3	4
Torpore o formicolii in parti del corpo	0	1	2	3	4
Debolezza in parti del corpo	0	1	2	3	4
Sentirsi molto imbarazzato con gli altri	0	1	2	3	4

3.7 ATTIVITA', LAVORO E MAL DI SCHIENA

Sia che lei abbia o non abbia avuto mal di schiena - sulla base del suo punto di vista e di ciò che il medico o altre persone le hanno detto a proposito del mal di schiena - quanto concorda con le seguenti affermazioni?

E' necessario rispondere a tutte le domande cerchiando il numero relativo alla risposta appropriata partendo da 1 "non concordo" a 5 "concordo in pieno".

Non concordo ⇒⇒⇒⇒⇒ Concordo in pieno

a. L'attività fisica peggiora il mio mal di schiena	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b. L'attività fisica dovrebbe essere evitata se facesse peggiorare il dolore	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c. Un aumento del dolore è un segno che devo smettere di fare ciò che stavo facendo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d. Il riposo è necessario per stare meglio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e. Il mio lavoro abituale dovrebbe essere evitato finché il dolore non sia stato trattato	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f. E' importante farsi visitare subito da un medico al primo segno di fastidio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g. Trascurare problemi di questo genere può portare a problemi di salute permanenti	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h. Il mal di schiena di solito migliora spontaneamente	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>