Lavoratore: Mansione: *Data:*

Data di nascita:

Se sei in gravidanza, evidenzia la casella ☐

Questionario sostanze broncolesive

Hai tosse abitualmente? si ☐
Se si, quasi tutti i giorni almeno per tre mesi all'anno? si ☐
Hai catarro abitualmente? si ☐
Se si, quasi tutti i giorni almeno per tre mesi all'anno? si ☐
Hai dispnea quando svolgi la tua mansione? si ☐
Hai bruciore o irritazione alla gola durante il tuo lavoro? si ☐
Hai sofferto di malattie polmonari negli ultimi 3 anni? si ☐
Soffri di asma? si ☐
Quante sigarette fumi al giorno? _____ 0
Soffri di allergie? si ☐
Tipo di allergie: _____

Rumore e cond. di suscettibilità:

0=ness./1=ipertens.a,diabete ID,dislipidemia/2=Tr.cranici/3=Perforaz. timpano/4=Stapedectomia/5=S.Menière/6=Cocleopatie batteriche/ 7=Farmaci a forte dosi*/8=Ag.chimici**/9=udito ridotto, a suo dire

Questionario MMC - Vibrazioni al corpo intero

(Se positivo eseguire esame posturale)

Ti è stata mai diagnosticata una patologia del rachide? si ☐
Quale?: _____
Hai eseguito indagini radiografiche? si ☐
Esito: _____

Fastidio nell'ultimo anno a carico del rachide **cervicale** no ☐ a volte ☐ Spesso ☐
Dolore nell'ultimo anno a carico del rachide cervicale no ☐ a volte ☐ spesso ☐
numero di episodi: _____
Fastidio nell'ultimo anno a carico del rachide **dorsale** no ☐ a volte ☐ spesso ☐
Dolore nell'ultimo anno a carico del rachide dorsale no ☐ a volte ☐ spesso ☐
numero di episodi: _____
Fastidio nell'ultimo anno a carico del rachide **lombare** no ☐ a volte ☐ spesso ☐
Dolore nell'ultimo anno a carico del rachide lombare no ☐ a volte ☐ spesso ☐
numero di episodi: _____

Il dolore si irradia alle braccia? si ☐
Il dolore si irradia alle gambe? si ☐
Usi spesso antidolorifici per il rachide? si ☐
Hai dovuto limitare l'attività a causa dei disturbi? si ☐

Vibrazioni arti sup.: sintomi vascolari/neurologici

Utilizzi strumenti vibranti per almeno 3-4 ore/sett.? si ☐
Hai mai notato pallore alle estremità delle dita ? si ☐
Da quanti anni: _____
Dita interessate allo sbiancamento:
Hai torpore e/o riduzione della sensibilità alle dita? si ☐

Questionario sostanze dermolesive

Soffri attualmente di qualche disturbo della pelle? si ☐
Come si manifesta? prurito ☐ arrossamento ☐ croste ☐ desquamazione ☐ vescicole ☐
In quale sede? mani ☐ arti sup. ☐ arti inf. ☐ tronco ☐
Da quanto tempo (anni): _____
Il disturbo è scatenato/aggravato da farmaci? si ☐
Il disturbo è scatenato/aggravato dai guanti? si ☐
Il disturbo si manifesta durante l'uso di agenti chimici? si ☐
Hai mai sofferto in passato di disturbi della pelle? si ☐
Quale malattia ti è stata diagnosticata? _____

Questionario sforzi, calore, lavori in altezza, lavoro notturno

Soffri di malattie cardiache? si ☐
Soffri di ipertensione arteriosa? si ☐
Soffri di diabete mellito? si ☐
Hai mai avuto episodi di senso di mancamento? si ☐
Avverti angina e/o dispnea da sforzo e/o palpitazioni? si ☐
Soffri di epilessia? si ☐
Soffri di vertigini? si ☐
Gravi disturbi psichici si ☐
Gravi patologie gastrointestinali si ☐
Disturbi cronici del sonno si ☐
Endocrinopatie/nefropatie si ☐

Questionario arti superiori: mov. ripetitivi/vibrazioni

Hai mai avuto negli ultimi 12 mesi dolore continuo o almeno due episodi durati una settimana alle articolazioni? si ☐
Localizzazione: _____
Per il dolore hai praticato terapia fisica o farmacologica? si ☐
Nell'ultimo anno hai avuto formicolio, intorpidimento all'arto? si ☐
se SI: proseguire se NO: STOP
Localizzazione parestesie notturne: _____
Le parestesie sono continue? si ☐
a episodi: n° episodi _____
Localizzazione parestesie diurne: _____
Le parestesie sono continue? si ☐
a episodi: n° episodi _____
Hai difficoltà ad effettuare a lungo la presa con pollice-indice? si ☐
Ti cadono spesso piccoli oggetti dalle mani? si ☐
Malattie già diagnosticate: _____

Questionario disturbi neurologici da uso di agenti chimici

Cefalea ☐
Riduzione di attenzione/memoria ☐
Astenia arti inferiori ☐
Riduzione della sensibilità ☐

Infortuni/Mal. profes.: 0

Legenda (caselle grandi):
Vuoto: non eseguito 0: questionario negativo 1: positivo

Antitetanica: _____ Antiepatite B: _____

*Aminoglicosidi(Gentamicina...),Cisplatino,Salicilati,Diuretici, Antivirali, Antimalarici, /**Toluene,Stirene,Tricoloetilene,Monossido di carbonio, Cianuri, Pesticidi, Solfuro di carbonio

Anamnesi patologica prossima Variazioni anamnestiche da segnalare rispetto al controllo precedente?: _____

Dichiaro
- che i dati da me riferiti nel presente modulo corrispondono al vero
- di essere stato informato dal Medico competente dei rischi lavorativi e della necessità di usare i D.P.I. previsiti
- di essere stato informato del significato, dello scopo e dei risultati degli accertamenti sanitari odierni

Dichiaro di essere stato informato sulle modalità e finalità del trattamento dei dati ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003.
Autorizzo l'effettuazione degli accertamenti sanitari ritenuti necessari dal dr. P.C. Pennacchio.

Letto e confermato, il lavoratore

_____