

Questionario anamnestico

Per mansioni che richiedono impegno visivo

QUESTIONARIO **5**
REV 1

La/il sottoscritta/o _____

nat. a _____ il ____ / ____ / ____ dipendente dell'azienda _____

Da compilare a cura del lavoratore

Soffre abitualmente di fastidio o dolore al rachide cervicale?	SI	NO
Soffre abitualmente di fastidio o dolore al rachide dorsale?	SI	NO
Soffre abitualmente di fastidio o dolore al rachide lombare?	SI	NO
Soffre abitualmente di fastidio o dolore alle spalle?	SI	NO
Soffre abitualmente di fastidio o dolore ai gomiti?	SI	NO
Soffre abitualmente di fastidio o dolore ai polsi?	SI	NO

Riferisce qualcuno dei seguenti sintomi?

SINTOMI	INSORGENZA ESCLUSIVAMENTE DURANTE IL LAVORO AL VDT?		FREQUENZA A) 1 volta / settimana B) 2-4 volte / settimana C) > 4 volte settimana		
	SI (1 punto)	NO (0 punti)	A) (x 1)	B) (x 2)	C) (x 3)
VISIVI					
NO Visione sfuocata? SI					
NO Visione sdoppiata? SI					
NO Fastidio alla luce? SI					
NO Dolenzia perioculare? SI					
NO Scintille o aloni colorati? SI					
OCULARI					
NO Bruciore? SI					
NO Prurito / "sabbia"? SI					
NO Lacrimazione eccessiva? SI					
NO Secchezza? SI					
NO Arrossamento? SI					

FIRMA DEL LAVORATORE

Parte riservata al medico del lavoro

	A	B	C	TOTALE
<i>Subtotale</i>				
<i>Nel caso in cui si riferiscono più di due sintomi dello stesso tipo (visivi e oculari) alla somma dei punteggi ottenuti dovrà essere sottratto di 1 punto per ogni sintomo riferito.</i>	SINTOMI VISIVI Punteggio da sottrarre			-
	SINTOMI OCULARI Punteggio da sottrarre			-
DATA	Score			
FIRMA DEL MEDICO DEL LAVORO				

SCORE	ASTENOPIA OCCUPAZIONALE
1-3	ASSENTE
4-6	LIEVE
7-9	MODERATA
>9	INTENSA