



Title:

Risks of Occupational Vibration Exposures

VIBRISKS

FP5 Project No. QLK4-2002-02650
January 2003 to December 2006

Supplement 2 to Annex 1 of Final Technical Report

HTV Clinically administered
questionnaire: Italian translation of
Appendix 8b to Annex 1

Author:

Massimo Bovenzi

Organisation:

Institute of Occupational Medicine,
University of Trieste, Italy

European Commission

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



15th April 2004

Vibrazioni mano-braccio
Sorveglianza sanitaria preventiva

Questionario
e
Valutazione Clinica

Sezione 1 - Dati personali

.....

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____

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

Numero telefonico _____

.....

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

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

Gruppo etnico: Europeo Africano Latino - Caraibico
Asiatico Altro _____

Altezza: |_|_| cm Peso: |_|_| kg

Mano dominante: Mano sinistra Mano destra

Stato civile: Single Coniugato/a
Vedovo/a Divorziato/a
Altro

Quanti anni di scuola ha frequentato ? eguale o meno di 6 anni
tra 7 e 12 anni
piu' di 12 anni

Sezione 2 - Storia lavorativa

2.1 Occupazione Attuale:

Ditta _____ Settore lavorativo _____

Mansione _____

Descrizione dell'attività lavorativa _____

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

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

No Si

Se no, vada alla domanda 2.2

Se si, quali utensili usa?

Tempo durante il quale la mano è in contatto con la vibrazione
--

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

2.2 Occupazioni in passato con uso di utensili che trasmettono vibrazioni alle mani:

Tempo durante il quale la mano è in contatto con la vibrazione
--

Mansione	Ditta	Utensili usati	Minuti al giorno	Giorni / settimana	Settimane / anno	Anni del calendario
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19__ 19__
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19__ 19__
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19__ 19__
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19__ 19__
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19__ 19__
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19__ 19__
_____	_____	_____	_____	_____	_____	19__ 19__

Descriva l'attività lavorativa svolta in passato con esposizione a vibrazioni trasmesse alla mano: _____

Quando e' avvenuta la prima esposizione significativa alle vibrazioni trasmesse alla mano?:
nel 19__ all'età di __

Quali sono i Suoi hobbies? _____

Nel tempo libero (al di fuori del lavoro) ha mai usato regolarmente un utensile o una macchina vibrante? No |_| Si |_|

Tempo durante il quale la mano è in contatto con la vibrazione
--

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

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

Quante volte in un giorno esegue lavori prolungati o ripetitivi con la schiena:

- (a) piegata in avanti, indietro o lateralmente? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (b) in torsione? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (c) piegata e in torsione simultaneamente? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20

Quante volte in un giorno il collo è ripetutamente o in modo prolungato:

- (a) piegato in avanti, indietro o lateralmente? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (b) in torsione? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (c) piegato e in torsione simultaneamente? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20

Quante volte in un giorno esegue per periodi prolungati o ripetutamente movimenti con il braccio allungato in avanti, all'esterno o sopra l'altezza delle spalle?

Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20

Quante volte in un giorno esegue lavorazioni in cui gli avambracci e/o le mani compiono/assumono ripetutamente:

- (a) movimenti di torsione? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (b) movimenti energici? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (c) posizioni o prese non confortevoli? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (d) prolungati lavori di precisione? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20

Se il lavoro comporta il sollevamento manuale di carichi, quante volte in un giorno:

- (a) solleva carichi? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (b) solleva con le mani 10 kg o più? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (c) solleva con le mani 25 kg o più? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (d) manipola il carico sotto le ginocchia? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (e) manipola il carico sopra le spalle? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20
- (f) ha difficoltà nell'afferrare il carico? Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20

Quante volte in un giorno il lavoro comporta un ripetuto, prolungato o non agevole trasporto, spinta o traino di carichi?

Mai , 1 - 4 , 5 - 20 , più di 20

Nell'ultimo mese ha svolto lavori che causavano movimenti delle mani e delle dita ripetuti molte volte in un minuto (es. girare manopole, afferrare o pinzare oggetti) e ha svolto questi lavori per più di ½ ora al giorno:

- (a) No, mai o quasi mai:
- (b) Sì, alcuni giorni al mese
- (c) Sì, alcuni giorni alla settimana
- (d) Sì, ogni giorno o quasi ogni giorno Quante ore al giorno:.....% delle ore di lavoro

Nell'ultimo mese ha svolto lavori di precisione (es. con utensili di precisione, lavorare con il mouse del computer o oggetti simili) e ha svolto questi lavori per più di ½ ora al giorno:

- (a) No, mai o quasi mai:
- (b) Sì, alcuni giorni al mese
- (c) Sì, alcuni giorni alla settimana
- (d) Sì, ogni giorno o quasi ogni giorno Quante ore al giorno:.....% delle ore di lavoro

2.4 E' mai stato/a esposto/a ad **agenti chimici** sul posto di lavoro? No Sì

Se sì, a quali agenti chimici è stato/a esposto/a sul luogo di lavoro?

<i>Sostanze chimiche</i>	<i>Industria</i>	<i>Mansione</i>	<i>Anni di esposizione</i>
Solventi (n-esano, chetoni, solfuro di carbonio)	_____	_____	19__ 19__
Metalli (piombo, arsenico, tallio, mercurio)	_____	_____	19__ 19__
Pesticidi (carbammati, organofosforici)	_____	_____	19__ 19__
Nitrati (industria degli esplosivi)	_____	_____	19__ 19__
Acrilammide (agenti flocculanti)	_____	_____	19__ 19__
Cloruro di vinile (produzione di PVC)	_____	_____	19__ 19__

Sezione 3 - Abitudini voluttuarie

3.1 Consumo di nicotina

Fuma o ha mai fumato tabacco? No Si

Se si, quando ha iniziato a fumare regolarmente ? 19 __

Fuma ancora? No Si

Se no, quando ha smesso? 19 __

Se si, quanto fumava / fuma? Sigarette al giorno:

Sigari al giorno:

Pipa/tabacco sfuso gr. al giorno:

Sniffa o mastica tabacco regolarmente? No Si

Se si, quante volte al giorno?

3.2 Consumo di alcoolici

Beve alcoolici (vino, birra, etc.) ? No Si

Quanto ne beve al giorno? 0-1 unità 2-3 unità più di 3 unità

Quanto ne beve settimanalmente? 1-3 unità 4-6 unità più di 6 unità

Nota: 1 unità = 1 birra piccola, 1 bicchiere di vino, 1 bicchierino di superalcolico

Sezione 4 – Storia sanitaria

Ha mai avuto malattie importanti a carico di:

4.1 *Cuore e vasi sanguinei* No Si

Se si, specificare _____

4.2 *Sistema nervoso* No Si

Se si, specificare _____

4.3 *Ossa e articolazioni* No Si

Se si, specificare _____

4.4 *Tessuto connettivo (es. sclerodermia, lupus)* No Si

Se si, specificare _____

4.5 *Altro (es. diabete, malattie tiroidee)* No Si

Se si, specificare _____

4.6 *Lesioni traumatiche*

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

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

4.7 *Trattamenti chirurgici*

E' mai stato sottoposto/a ad interventi chirurgici alle mani , braccia , spalle , collo , schiena ?

Se si, specificare _____

4.8 *Trattamenti medici*

Sta assumendo farmaci abitualmente per qualche malattia cronica? No Si

Se si, specificare _____

Sezione 5 - Sintomi

5.1 Colore delle dita delle mani:

Soffre di mani o dita fredde più di altri suoi colleghi di lavoro? No Si

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

Se no, vada alla sezione 5.2

Se si, quale colore ? bluastro bianco-pallido arrossamento

Se le dita sono diventate bianche, il pallore era nettamente demarcato? No Si

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

Quando si è verificato l'ultimo episodio di pallore alle dita delle mani?

__|__| giorni fa __|__| mesi fa __|__| anni fa

Qualcuno della Sua famiglia soffre di pallore alle dita?
(solamente i consanguinei) No Si

Se si, lavorano con utensili vibranti? No Si

Se soffre di pallore alle dita, quanto spesso si verifica?

Diverse volte all'anno Diverse volte al mese

Diverse volte alla settimana Diverse volte al giorno

Accade in inverno, in estate o in entrambe le stagioni? Inverno Estate Entrambe

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

0	1-10	11-30	31-100	> 100

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

0	1-5	6-10	11-20	> 20

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

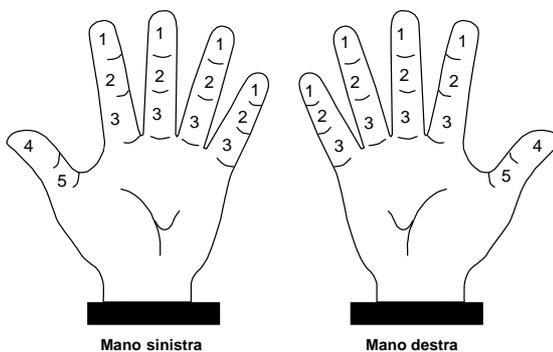
C'è qualche fattore scatenante? Ambiente freddo Impugnatura di oggetti freddi
Quando impugna utensili che vibrano
Altro _____

Soffre di piedi freddi? No Si

Soffre di dita bianche ai piedi? No Si

Ha notato qualche cambiamento della pelle delle sue dita? No Si

Quali dita diventano bianche?
(indicare le parti che diventano bianche ombreggiando la figura)



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

Stato attuale (pallore): Stazionario , Migliorato , Peggiorato

Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Negli ULTIMI 12 MESI, ha notato un peggioramento dei sintomi di pallore alle mani?
No Si

5.3 Torpore alle dita delle mani:

Le sue dita si intorpidiscono? No Si

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

Se si, quando compare il torpore alle dita delle mani?

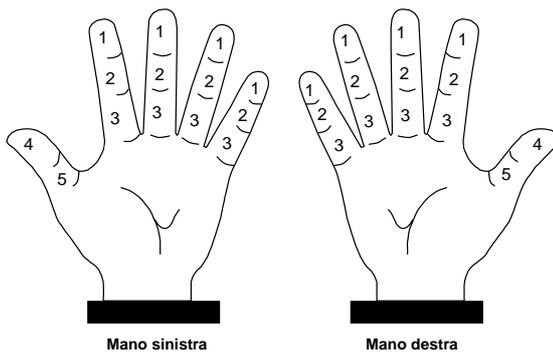
Mentre lavora con utensili vibranti Dopo aver lavorato con utensili vibranti

Dopo esposizione al freddo Di notte

Durante gli episodi di dito bianco Dopo gli episodi di dito bianco

Altro _____

Quali dita sono affette da intorpidimento?
(indicare le parti affette ombreggiando la figura)



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

Stato attuale (torpore): Stazionario , Migliorato , Peggiorato

Il disturbo interferisce con l'attività extralavorativa? No Si

Il disturbo interferisce con l'attività lavorativa? No Si

Negli ULTIMI 12 MESI, ha notato un peggioramento del torpore alle mani?

No Si

5.4 Disturbi muscoloscheletrici al collo e arti superiori:

Soffre o ha sofferto di disturbi muscolari o articolari agli arti superiori? No Si

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

Soffre o ha sofferto di disturbi muscolari o articolari al collo? No Si

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

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

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

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

Negli ULTIMI 12 MESI, ha notato un peggioramento dei disturbi muscoloscheletrici al collo o agli arti superiori? No Si

5.5 Conseguenze dei disturbi alle mani e dita

I sintomi sopracitati alle dita, mani e/o braccia (pallore, formicolio, dolore, intorpidimento, gonfiore, rigidità, limitazione dei movimenti) causano qualche difficoltà nelle seguenti attività? :

	Nessuna difficoltà	Difficile ma non impossibile	Impossibile
	_____	_____	_____
Girare una maniglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprire il coperchio ben stretto di un vaso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infilare una giacca o un maglione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allacciare bottoni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maneggiare una monetina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versare da una pentola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I sintomi sopraccitati (pallore, formicolio, dolore, intorpidimento, gonfiore, rigidità, limitazione dei movimenti) hanno limitato le sue capacità lavorative? No Si

Se SI, quando? Negli ULTIMI 7 GIORNI Negli ULTIMI 12 MESI

I sintomi sopraccitati (pallore, formicolio, dolore, intorpidimento, gonfiore, rigidità, limitazione dei movimenti) hanno limitato negli ULTIMI 7 GIORNI il suo rendimento lavorativo? No Si

Se SI, per quanto tempo ha dovuto smesso di lavorare a causa dei sintomi sopraccitati (pallore, formicolio, dolore, intorpidimento, gonfiore, rigidità, limitazione dei movimenti) ? _____ minuti

Quale sintomo ha causato la riduzione della sua capacità lavorativa: _____

5.6 *Disturbi muscoloscheletrici alla schiena*

Durante gli ULTIMI 12 MESI ha avuto disturbi alla zona lombare della schiena (fastidio, dolore, senso di peso)? No Si

Se si, il dolore si diffondeva lungo la gamba sotto il ginocchio? No Si

Il dolore le impediva o le rendeva difficile indossare calze e pantaloni?
No Con difficoltà , Difficile ma non impossibile , Impossibile

Nel complesso, quanto è durato il mal di schiena durante gli ULTIMI 12 MESI? :

0 giorni , 1-7 giorni , 8-30 giorni , più di 30 giorni ma non ogni giorno , ogni giorno

Nel complesso, per quanto tempo il mal di schiena Le ha impedito di svolgere le tue normali attività (a casa o fuori casa) durante gli ULTIMI 12 MESI? :

0 giorni , 1-7 giorni , 8-30 giorni , più di 30 giorni ma non ogni giorno

Ha avuto mal di schiena negli ULTIMI 7 GIORNI? No Si

5.7 Altri problemi di salute

Quanto spesso ha sofferto dei seguenti disturbi negli ULTIMI 7 GIORNI?:

Mal di testa	Mai _	Qualche giorno _	Tutti i giorni _
Sensazione di stanchezza cronica	Mai _	Qualche giorno _	Tutti i giorni _
Sentirsi giu' di morale	Mai _	Qualche giorno _	Tutti i giorni _
Sensazione di essere sotto pressione	Mai _	Qualche giorno _	Tutti i giorni _

FOTO COLORATE

(da mostrare dopo la somministrazione del questionario)

Ha mai notato la comparsa di uno di questi colori alle sue dita/mani? No |_| Si |_|

Se Si,

In quale parte delle dita/mani (identificare l'indicatore)?

Quando compaiono i cambiamenti di colore delle dita/mani?.....

.....

6.3 Semeiotica dell'apparato neurologico periferico:

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

Forza di prensione (Newtons)

Sinistra |__| Destra |__|

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

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

Sezione 6 - Stadiazione diagnostica*

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

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

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

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

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