

HISTÒRIA LABORAL

Data:

Tipus de reconeixement:

Inicial Periòdic Posterior malaltia Demanda Altres

DADES PERSONALS

Cognoms i nom: _____

Sexe: Home Dona

Data de naixement:

DADES LABORALS

Activitat actual: _____

Temps ocupant el mateix lloc de treball: anys

Riscos actuals:

Aixecar Col·locar Empènyer Arrossegar Desplaçar

Temps d'exposició i freqüència:

cops/hora hores/dia dies/setmana

Grau de risc detectat per avaluació del lloc de treball:

Baix Mitjà Alt

Exposició a tòxics:

No Sí

■ Cadmi, fòsfor (afectació òssia)

■ Mercuri, tal·li, arsènic, alcohol, etc. (afectació sensibilitat)

■ Manganès, cobalt, alcohol, dissolvents (afectació equilibri)

DESCRIPCIÓ DEL LLOC DE TREBALL

Característiques de la càrrega

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ■ Pes: entre <u> </u> i <u> </u> Kg | | |
| ■ Volum difícil de manejar _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Equilibri inestable _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Contingut mòbil _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Manipulació a distància del tronc _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Manipulació amb torsió o inclinació del tronc _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Altres, digueu quines: _____ | | |

Esforç físic que cal fer

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ■ Torsió del tronc _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Flexió del tronc _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Control del moviment de la càrrega _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Posició inestable del cos _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Canviar els punts de subjecció de la càrrega mentre es manipula _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Altres, digueu quins: _____ | | |

Entorn del lloc de treball

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ■ Espai lliure insuficient _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Terra irregular _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Terra lliscant _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Terra amb desnivells _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Pla de treball amb desnivells _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Terra inestable _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Punt de treball inestable _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Alçada excessiva per a la manipulació de càrregues _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Postura forçada obligada _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Temperatura inadequada _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Humitat inadequada _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Circulació de l'aire inadequada _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Il·luminació inadequada _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Vibracions _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Altres, indiqueu-ho: _____ | | |

Exigències de l'activitat

- | | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ■ Esforç físic de la columna vertebral massa freqüent _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Esforç físic de la columna vertebral massa prolongat _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Període de repòs insuficient _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Distància d'elevació massa llarga _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Distància de descens massa llarga _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Distància de transport massa llarga _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Ritme del procés imposat i no modulable pel treballador _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Altres, digueu quines: _____ | | |

Mesures de protecció de què disposa

- | | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ■ Disseny adequat del lloc de treball _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Mitjans auxiliars per a la manipulació _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Pauses de treball freqüents _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Faixa lumbar _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Altres, digueu quines: _____ | | |

Mesures de protecció que utilitza

- | | Sempre | De vegades | Mai |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ■ Disseny adequat del lloc de treball _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Mitjans auxiliars per a la manipulació _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Pauses de treball freqüents _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Faixa lumbar _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Indiqueu per quina raó utilitzeu la faixa lumbar: _____ | | | |

Accidents de treball

No

Sí

Quins (dates):

Malalties ocupacionals

No

Sí

Quins (dates):

Malalties professionals No Sí

Reconeguda oficialment:

No

Sí

Quina (data diagnòstic):

Passatemps: _____

Esports: _____

Formació sobre manipulació càrregues:

No

Sí

Quina:

Qui l'ha impartida:

Observacions



HISTÒRIA CLÍNICA

Anamnesi

Antecedents familiars

- Malalties respiratòries: _____

- Malalties cardiocirculatòries: _____

- Malalties musculoesquelètiques: _____

- Malalties neurològiques o alteracions mentals: _____

- Neoplàsies: _____

- Diabetis o altres malalties endocrinològiques: _____

Antecedents personals

- Malalties comunes: _____

- Altres trastorns congènits o adquirits: _____

- Malformacions: _____

- Intervencions quirúrgiques: _____

- Al·lèrgies: _____

- Vacunes (digueu quines): _____

Hàbits tòxics

- Tabac: Fumador nombre de cigarrets dia anys de fumador
 Exfumador anys d'exfumador
 No fumador
- Begudes alcohòliques: No Sí g/dia d'alcohol
- Altres drogodependències: No Sí quines: _____

EXPLORACIÓ CLÍNICA

Exploració física inespecífica

- Pes: Kg
- Talla: cm
- BMI:
- Tensió arterial: sistòlica diastòlica
- Freqüència cardíaca: ppm
- Auscultació cardíaca: taquicàrdia bradicàrdia bufes
 arítmia extrasístoles altres
- Auscultació respiratòria: murmuri vesicular augmentat m.v. disminuït
 Roncus sibilàncies crepitants

Altres alteracions respiratòries:

- Palpació abdominal: hèrnia umbilical
 hèrnia crural dreta
 hèrnia crural esquerra
 hèrnia inguinal dreta
 hèrnia inguinal esquerra

Altres alteracions abdominals:

Altres alteracions:

EXPLORACIÓ ESPECÍFICA

Columna vertebral

DESVIACIONS DE L'EIX ANTEROPOSTERIOR			
corbes fisiològiques anteroposteriors	normal	augmentada	disminuïda
cervical			
dorsal			
lumbar			
DESVIACIONS DE L'EIX LATERAL			
eix lateral	normal	concavitat dreta	concavitat esquerra
dorsal			
lumbar			

MOBILITAT							
	flexió	extensió	lateralitat esquerra	lateralitat dreta	rotació esquerra	rotació dreta	irradiació
cervical							
dorsolumbar							

DOLOR							
	flexió	extensió	lateralitat esquerra	lateralitat dreta	rotació esquerra	rotació dreta	irradiació
cervical							
dorsolumbar							

PALPACIÓ		
	apòfisis espinoses doloroses	contractures musculars
columna cervical		
columna dorsal		
columna lumbar		

EXPLORACIÓ	cama dreta	+/-	cama esquerra	+/-
signe de Lassègue				
signe de Schöber				

Extremitats

MOBILITAT									
articulació		abducció	adducció	flexió	extensió	rotació interna	rotació externa	irradiació	alteració muscular
espatlles	dreta								
	esquerra								
colzes	dret								
	esquerre								
canells	dret								
	esquerre								
malucs	dret								
	esquerre								
genolls	dret								
	esquerre								
turmells	dret								
	esquerre								

DOLOR								
articulació		abducció	adducció	flexió	extensió	rotació interna	rotació externa	irradiació
espatlles	dreta							
	esquerra							
colzes	dret							
	esquerre							
canells	dret							
	esquerre							
malucs	dret							
	esquerre							
genolls	dret							
	esquerre							
turmells	dret							
	esquerre							

EXPLORACIÓ	mà dreta	+/-	mà esquerra	+/-
test de Phallen				
signe de Tinel				
signe de Finkelstein				

EXPLORACIÓ		var	valg
colze	dret		
	esquerre		
EXPLORACIÓ		vavum	pla
peu	dret		
	esquerre		

Qualificació del grau d'afectació osteomuscular segons els signes i els símptomes

Grau 0	Absència de signes i símptomes.
Grau 1	Dolor en repòs i/o existència de simptomatologia suggestiva.
Grau 2	Grau 1 més contractura muscular i/o dolor a la mobilització.
Grau 3	Grau 2 més dolor a la palpació i/o a la percussió.
Grau 4	Grau 3 més limitació funcional evident clínicament.

ESTUDIS COMPLEMENTARIS

Estudi de:

	Normal	Alterada
■ Radiografia simple _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Radiografia amb contrast _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Electromiografia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Tomografia computada _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Gammagrafia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Densitometria _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Ressonància magnètica _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Transil·luminació _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Observacions:

Valoració de l'aptitud medicolaboral

- Apte sense restriccions _____
- Apte amb restriccions _____
 - Personals
 - Laborals Restrictives
 - Adaptatives
- No apte _____
- En observació _____

Observacions: