



## QÜESTIONARI DE FUNCIO VISUAL PER A TREBALLADORS AMB PANTALLES DE VISUALITZACIÓ DE DADES (PVD)

Data: \_ \_ \_ \_ \_

Cognoms i nom: \_\_\_\_\_

Sexe:  Home  Dona

Edat: \_ \_ anys

Activitat: \_\_\_\_\_

Temps treballant amb PVD: \_ \_ \_ anys

- Mentre treballeu, us molesta:
- |   | No                       | Sí                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ■ La manca de nitidesa dels caràcters _____     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ El parpelleig dels caràcters o del fons _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Els reflexos de la pantalla _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ La il·luminació artificial _____              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ La llum natural _____                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ■ Altres causes (consigneu-les) _____           |                          |                          |
| _____   |                          |                          |

Mentre treballeu o després de la feina, noteu:

|   | molt sovint | de vegades | quasi mai | mai |
|---|-------------|------------|-----------|-----|
| picor d'ulls                            |             |            |           |     |
| cremor d'ulls                           |             |            |           |     |
| disminució de la visió                  |             |            |           |     |
| visió borrosa                           |             |            |           |     |
| mal de cap                              |             |            |           |     |
| enlluernament, estrelletes, llums, etc. |             |            |           |     |
| altres sensacions (indiqueu quines)     |             |            |           |     |

## RECOINEIXEMENT OFTALMOLÒGIC PER A TREBALLADORS AMB PANTALLES DE VISUALITZACIÓ DE DADES

Data:

Tipus de reconeixement:

Inicial     Periòdic     Posterior malaltia     Demanda     Altres

### DADES PERSONALS

Cognoms i nom: \_\_\_\_\_

Sexe:     Home     Dona

Data de naixement:

### DADES LABORALS

Treballs anteriors: \_\_\_\_\_

Amb PVD:

No

Tipus de feina (en cas afirmatiu):

- Programació
- Diàleg
- Recollida de dades
- Tractament de text
- Tasques de tipus mixt

Durada del treball amb PVD:

< 2 hores     de 2 a 4 hores     > 4 hores

Altres activitats: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTS OFTÀLMICS

Personals: \_\_\_\_\_

Familiars: \_\_\_\_\_

Laborals: \_\_\_\_\_

### EXPLORACIÓ OCULAR

Inspecció ocular:

- exoftàlmia     asimetria     estrabisme
- conjuntivitis     blefaritis     mussols
- calazi     opacitat còrnia     arc senil

altres alteracions (descriuiu-les) \_\_\_\_\_

**Control visual**

Utilitzeu:  ulleres  visió propera  lents de contacte  
 visió llunyana  
 bifocals  
 progressives

Des de l'any:      Any de l'última graduació:

Adaptació a la correcció:  bona  regular  dolenta  
 Durant el darrer any, la visió us ha:  millorat  empitjorat  segueix igual

| <b>AGUDESA VISUAL</b>                         |                 |                 |                                  |               |
|---|-----------------|-----------------|----------------------------------|---------------|
|   | visió llunyana  |                 | visió a la distància de la feina |               |
|   | sense correcció | amb correcció   | sense correcció                  | amb correcció |
| UD  |                 |                 |                                  |               |
| UE  |                 |                 |                                  |               |
| <b>REFRACCIÓ OCULAR</b>                       |                 |                 |                                  |               |
|   | visió llunyana  |                 | visió a la distància de la feina |               |
|   | sense correcció | amb correcció   | sense correcció                  | amb correcció |
| UD  |                 |                 |                                  |               |
| UE  |                 |                 |                                  |               |
| <b>EQUILIBRI MUSCULAR</b>                     |                 |                 |                                  |               |
| UD  |                 |                 |                                  |               |
| UE  |                 |                 |                                  |               |
| <b>REFLEXOS PUPIL·LARS (Reflex fotomotor)</b> |                 |                 |                                  |               |
| UD  |                 |                 |                                  |               |
| UE  |                 |                 |                                  |               |
| <b>MOTILITAT EXTRÍNSECA</b>                   |                 |                 |                                  |               |
| UD  |                 |                 |                                  |               |
| UE  |                 |                 |                                  |               |
| <b>VISIÓ CROMÀTICA</b>                        |                 |                 |                                  |               |
|   | nul·la          | colors primaris | colors primaris i matisos        |               |
|   |                 |                 |                                  |               |

Altres exploracions: \_\_\_\_\_

Data de la propera revisió:

Remès a l'oftalmòleg:  No  Sí

## FULL D'INFORMACIÓ A L'OFTALMÒLEG PETICIÓ D'EXAMEN COMPLEMENTARI

---

Nom del centre oftalmològic: \_\_\_\_\_

Nom de l'oftalmòleg: \_\_\_\_\_

Carrer/plaça: \_\_\_\_\_

Codi postal: \_\_\_\_\_ Localitat: \_\_\_\_\_

Telèfon: \_\_\_\_\_

### DADES DEL TREBALLADOR

Cognoms i nom: \_\_\_\_\_

Sexe:  Home  Dona

Edat:  anys

Activitat: \_\_\_\_\_

Data de l'últim examen oftalmològic:

(adjunteu còpies del qüestionari i del full de reconeixement)

Sol·licitud d'avaluació: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(nom i signatura del metge que fa la revisió)

(lloc i data de la revisió)

Informe de l'oftalmòleg: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recomanacions: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data de la propera revisió recomanada:

(nom i signatura del metge que fa la revisió)

(lloc i data de la revisió)

**QÜESTIONARI DE SIMPTOMATOLOGIA OSTEOMUSCULAR**Data: 

Cognoms i nom: \_\_\_\_\_

Sexe:  Home  DonaEdat:  anys

Activitat: \_\_\_\_\_

Temps treballant amb PVD:  anys

| Responeu a totes les preguntes                                  |                  |  | Responeu, només, si heu tingut problemes  |    |  |    |
|---|------------------|--|---|----|--|----|
| heu tingut molèsties durant els últims 12 mesos? A quin nivell? |                  |  | heu estat incapacitat (amb baixa o no) durant els últims 12 mesos? A causa de problemes de: |    | heu tingut problemes durant els últims 7 dies? |    |
|   |                  |  | sí  | no | sí   | no |
| espatlles   | dreta            |  |   |    |  |    |
|   | esquerra         |  |   |    |  |    |
|   | ambdues          |  |   |    |  |    |
| colzes  | dret             |  |   |    |  |    |
|   | esquerre         |  |   |    |  |    |
|   | ambdós           |  |   |    |  |    |
| canells   | dret             |  |   |    |  |    |
|   | esquerre         |  |   |    |  |    |
|   | ambdós           |  |   |    |  |    |
| mans  | dreta            |  |   |    |  |    |
|   | esquerra         |  |   |    |  |    |
|   | ambdues          |  |   |    |  |    |
| columna   | cervical (nuca)  |  |   |    |  |    |
|   | dorsal (esquena) |  |   |    |  |    |
|   | lumbar           |  |   |    |  |    |
| malucs  | dret             |  |   |    |  |    |
|   | esquerre         |  |   |    |  |    |
|   | ambdós           |  |   |    |  |    |
| genolls   | dret             |  |   |    |  |    |
|   | esquerre         |  |   |    |  |    |
|   | ambdós           |  |   |    |  |    |
| turmells /<br>peus  | dret             |  |   |    |  |    |
|   | esquerre         |  |   |    |  |    |
|   | ambdós           |  |   |    |  |    |

## RECONeixEMENT DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Data: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Tipus de reconeixement:  Inicial  Periòdic  Posterior malaltia  Demanda  Altres

### DADES PERSONALS

Cognoms i nom: \_\_\_\_\_

Sexe:  Home  Dona

Data de naixement: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### 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                       | augmentada | disminuïda           |                        |                  |               |
| dorsal                                |                              |            |                      |                        |                  |               |
| lumbar                                |                              |            |                      |                        |                  |               |
| MOBILITAT                             |                              |            |                      |                        |                  |               |
|                                       | flexió                       | extensió   | lateralitat esquerra | lateralitat dreta      | rotació esquerra | rotació dreta |
| cervical                              |                              |            |                      |                        |                  |               |
| dorsolumbar                           |                              |            |                      |                        |                  |               |
| DOLOR                                 |                              |            |                      |                        |                  |               |
|                                       | flexió                       | extensió   | lateralitat esquerra | lateralitat dreta      | rotació esquerra | rotació dreta |
| cervical                              |                              |            |                      |                        |                  |               |
| dorsolumbar                           |                              |            |                      |                        |                  |               |
| PALPACIÓ                              |                              |            |                      |                        |                  |               |
|                                       | apòfisis espinoses doloroses |            |                      | contractures musculars |                  |               |
| Columna cervical                      |                              |            |                      |                        |                  |               |
| Columna dorsal                        |                              |            |                      |                        |                  |               |
| Columna lumbar                        |                              |            |                      |                        |                  |               |

**Articulacions**

| 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 |          |          |        |          |                 |                 |            |                    |
| turmelles   | 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 |          |          |        |          |                 |                 |            |
| turmelles   | dret     |          |          |        |          |                 |                 |            |
|             | esquerre |          |          |        |          |                 |                 |            |

**Extremitats superiors**

| <b>EXPLORACIÓ</b>    | <b>mà dreta</b> | <b>+/-</b> | <b>mà esquerra</b> | <b>+/-</b> |
|----------------------|-----------------|------------|--------------------|------------|
| test de Phallen      |                 |            |                    |            |
| signe de Tinel       |                 |            |                    |            |
| signe de Finkelstein |                 |            |                    |            |

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

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

**QÜESTIONARI SOBRE LES CARACTERÍSTIQUES DEL TREBALL  
AMB PANTALLES DE VISUALITZACIÓ DE DADES (PVD)**

---

Cognoms i nom: \_\_\_\_\_

Sexe:  Home  Dona

Edat: \_\_\_ anys

Activitat: \_\_\_\_\_

Temps treballant amb PVD: \_\_\_ anys

## ■ Contingut de la feina:

- entrada de dades
- diàleg interactiu
- tractament de textos
- activitat creativa
- altres activitats

indiqueu-les:

■ Alternança del treball amb PVD i altres activitats:  No  Sí

■ Mitjana d'hores de treball a la PVD/setmana: \_\_\_

■ Ritme de treball:  lliure  imposat■ Es tracta d'una feina interessant?:  No  Sí

per què?:

■ Es tracta d'una feina monòtona?:  No  Sí

■ Li molesta que la PVD no estigui disponible a causa de les avaries o dels temps d'espera?:

- sempre
- sovint
- quasi mai
- mai

## **QÜESTIONARI PER A L'AVUACIÓ DE LA CÀRREGA MENTAL EN EL TREBALL AMB PANTALLES DE VISUALITZACIÓ DE DADES (PVD)**

---

Data:

Responen les següents preguntes:

- Tipus de relació laboral:  funcionari  
 interí  
 estatutari  
 laboral
  
- Durada de la jornada laboral:   hores/setmana
- Feu pauses durant la jornada laboral (a més de l'esmorzar i el dinar)?  
 No  
 Sí  nombre de pauses/dia  durada de la pausa
  
- Trobeu algun dels següents factors especialment molest?:
  - el fred
  - la calor
  - l'ambient sec
  - els corrents d'aire
  - els sorolls
  - la mala il·luminació
  - els reflexos
  - cap
  - altres

Quins:

- Us sentiu nerviós o angoixat a la feina a causa d'algun d'aquests motius?:
  - el control per part dels caps
  - l'atenció per evitar cometre errors
  - la rapidesa amb que heu de fer la feina
  - l'atenció que heu de dedicar a les visites
  - la dificultat per absentar-vos de la feina
  - la memorització precisa de la feina
  - la rapidesa de resposta al públic
  - l'excés de públic per atendre
  - la sensació de no dominar el programa
  - la sensació de no donar abast

■ Fins quin punt us molesten els següents aspectes del vostre treball?:

|  | gens                     | bastant                  | molt                     |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| La relació amb els vostres caps                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La dificultat per poder parlar amb els companys  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Que no es tinguin en compte les vostres opinions | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Que no es faci cas de les vostres queixes        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| La inestabilitat laboral                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'horari laboral                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| El tipus de jornada laboral                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

■ Si patiu sovint alguna d'aquestes alteracions, indiqueu-la:

- alteracions de la son
- angoixa
- ansietat
- cansament
- depressió
- diarrees
- dificultat per a concentrar-vos
- irritabilitat
- mals de cap
- nerviosisme
- oblots freqüents
- palpitations
- trastorns digestius
- tremolors
- cap
- altres

indiqueu quines:

■ Heu faltat a la feina per algun del motius anteriorment esmentats?:

No

Sí

diagnòstic mèdic:

Baixa laboral:  No  Sí

**Observacions**