



Title:

Risks of Occupational Vibration Exposures

VIBRISKS

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

Supplement 2 to Annex 12 of Final Technical Report

WBV initial questionnaire: Italian
translation of Appendix 4a to Annex 12

Author:

Iole Pinto and 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

**QUESTIONARIO
PER I LAVORATORI ESPOSTI
A VIBRAZIONI TRASMESSE AL CORPO**

Controllo Sanitario Preventivo

Edizione italiana del questionario sviluppato nell'ambito del progetto

UE VIBRISKS

Versione aggiornata a febbraio 2004

A cura di:

Iole Pinto, Nicola Stacchini (Dipartimento di Prevenzione - AUSL 7 di Siena)

Massimo Bovenzi (U.C.O. di Medicina del Lavoro - Università degli Studi di Trieste)

Data Compilazione _____ N. Codice _____

SEZIONE 1: INFORMAZIONI GENERALI E PERSONALI

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

_____ CAP: _____

Data di nascita gg ___ mm ___ anno _____ Et  (anni) _____ Sesso: M F

Luogo di nascita (Provincia) _____

Luogo di residenza (Provincia) _____

Peso (Kg) _____ Altezza:(cm) _____

Stato Civile: Coniugato(a) Vedovo(a) Divorziato/Separato(a)

Celibe/nubile. Vive solo(a)

Quanti anni di scuola ha frequentato: ≤6 anni 7-12 anni >12 anni

1. Se svolge regolare attivit  fisica, quante volte alla settimana esegue esercizi fisici o fa sport:

Mai Meno di 1 volta 1 o 2 volte 3 o pi  volte Ogni giorno

2. E' fumatore o lo   stato in passato? No Si

2.a Se s , quando ha iniziato a fumare REGOLARMENTE? _____

2.b Fuma ancora? No Si

2.c Se ora non fuma, quando ha smesso di fumare? anno _____

2.d Se s , quanto fuma/fumava? numero sigarette/giorno _____
sigari/giorno _____
pipa/tabacco sfuso gr. al giorno _____

3. Beve alcolici (vino, birra ecc.)? No Si

3.a 0-1 bicchieri/giorno 2-3 bicchieri/giorno pi  di 3 bicchieri/giorno

3.b 1-3 bicchieri/settim. 4-6 bicchieri/settim. pi  di 6 bicchieri/settim.

4. Quanti Km percorre all'anno con la sua automobile:

meno di 8000 Km 8000-24000 Km +24000 Km

5. Quali sport pratica abitualmente (settimanalmente):

Sport nautici Motociclismo Equitazione Ciclismo Altro _____

6. FUORI DELL'ORARIO di lavoro quali di queste attivit  svolge abitualmente (hobby)?

Agricola n.ore/settimana _____ Artigianato n.ore/settimana _____
Manutenzioni n.ore/settimana _____ Computer n.ore/settimana _____
Studio n.ore/settimana _____ Altro (specificare) n.ore/settimana _____

6.a Durante l'attivit  EXTRA-lavorativa sposta o solleva abitualmente pesi superiori a:

Spesso	10 Kg Talvolta	Mai	Spesso	20 Kg Talvolta	Mai
--------	-------------------	-----	--------	-------------------	-----

SEZIONE 2- STORIA LAVORATIVA

7. Qual è il suo attuale lavoro? _____
8. In quale comparto svolge questa attività? (es. agricoltura, edilizia, trasporti etc.) _____
9. Quando ha cominciato a svolgere questo lavoro? (mese) _____ (anno) _____

ATTIVITA' LAVORATIVA

Postura

10. Durante una giornata tipo del suo lavoro, per quante ore, in totale, sta in piedi o cammina?

Nessuna Meno di 1 ora 1-3 ore Più di 3 ore

11. Durante una giornata tipo del suo lavoro, deve piegarsi nel modo mostrato dalle figure?



No Sì *(Se no, vada alla domanda 12)*

- 11a. Se sì, per quanto tempo, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve lavorare con il tronco piegato tra 20 e 40°?

Meno di 1 ora 1-2 ore più di 2 ore

- 11b. Se sì, per quanto tempo, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve lavorare con il tronco piegato oltre 40°?

Meno di 1/2 ora 1/2-2 ore più di 2 ore

12. Durante una giornata tipo del suo lavoro, deve ruotare il busto (torsione) come mostrato dalle figure?



No Sì *(Se no, vada alla domanda 13)*

- 12a. Se sì, per quanto tempo, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve ruotare il busto con il tronco piegato tra 20 e 40°?

Meno di 1 ora 1-2 ore più di 2 ore

- 12b. Se sì, per quanto tempo, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve ruotare il busto con il tronco piegato oltre 40°?

Meno di 1/2 ora 1/2-2 ore più di 2 ore

13. Complessivamente, durante una giornata tipo del suo lavoro, quante ore lavora con le braccia sollevate e le mani allungate al di sopra dell'altezza delle spalle?

Nessuna Meno di 1 ora 1-3 ore Più di 3 ore

Scavare o spalare

14. Durante una giornata tipo del suo lavoro, per quante ore, complessivamente, deve scavare e/o di spalare ?

Nessuna Meno di 1 ora 1-3 ore Più di 3 ore

Posizione seduta

15. Durante una giornata tipo del suo lavoro, deve stare seduto per periodi di più di 3 ore (OLTRE ALLE ORE IN CUI GUIDA)?

No Sì e POSSO alzarmi e muovermi se lo desidero Sì e NON POSSO alzarmi e muovermi anche se lo desidero

Sollevamento di pesi

16. Deve regolarmente caricare/scaricare il veicolo (i veicoli) che guida, sollevando/manipolando carichi pesanti?

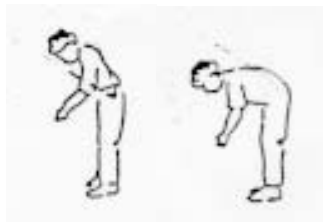
No Sì

17. Per quanto tempo, in una giornata tipo del suo lavoro, deve sollevare carichi di peso superiore a 15 Kg (paragonabili ad una cassa di 24 bottiglie di birra, un bambino di 3 anni di corporatura media o una piccola valigia a pieno carico)?

mai 0-15 minuti 15-45 minuti più di 45 minuti

(Se no, vada alla domanda 18)

17a. Per quante volte, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve sollevare **carichi di tale entità** con la schiena piegata nel modo mostrato dalle figure?



Mai 1-10 volte più di 10 volte

17b. Per quante volte, durante una giornata tipo del suo lavoro, deve sollevare **carichi di tale entità (> 15 Kg)** con il busto in torsione o piegato e in torsione nel modo mostrato dalle figure?



Mai busto piegato e in torsione busto in torsione 1-10 volte più di 10 volte

Guida di veicoli

18. Guida o ha guidato qualche veicolo nel lavoro attuale (es.: bus, automobile, camion, furgone, trattore etc.)?

No

Si

(Se no, vada alla domanda 20)

19. Quali dei seguenti veicoli guida abitualmente durante il lavoro e per quante ore alla settimana, in media?:

	<i>Veicolo</i>	<i>Segnare se viene guidato durante il lavoro (✓)</i>	<i>Approssimativamente per quante ore/settimana, in media, guida questo veicolo?</i>	
a)	Auto o furgone (esclusi i tragitti da e per il lavoro)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>ore</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>(in 1 settimana)</i> <i>minuti</i>
b)	Camion, autobus or pullman (come guidatore, non come passeggero)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>ore</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>(in 1 settimana)</i> <i>minuti</i>
c)	Motocicletta (esclusi i tragitti da e per il lavoro)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>ore</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>(in 1 settimana)</i> <i>minuti</i>
d)	Carrello elevatore	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>ore</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>(in 1 settimana)</i> <i>minuti</i>
e)	Trattore	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>ore</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>(in 1 settimana)</i> <i>minuti</i>
f)	Caricatore (sabbia, pietre)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>ore</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>(in 1 settimana)</i> <i>minuti</i>
g)	Escavatore	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>ore</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>(in 1 settimana)</i> <i>minuti</i>
h)	Altri grossi veicoli fuori-strada (es. mietitrice, cingolato)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>ore</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>(in 1 settimana)</i> <i>minuti</i>
i)	Altri grossi veicoli da strada (es. ambulanza, autopompa)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>ore</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>(in 1 settimana)</i> <i>minuti</i>
l)	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>ore</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>(in 1 settimana)</i> <i>minuti</i>

20. Deve mai guidare con la schiena piegata in avanti o in torsione, durante il lavoro?

Mai

Qualche volta

Spesso

21. Percepisce vibrazioni o scosse fastidiose durante la guida?:

Lungo la verticale		Lateralmente		Avanti-indietro	
No	Si	No	Si	No	Si

LA SUA PERCEZIONE DEL LAVORO

22. Nell'ambito dell'attività lavorativa ha la possibilità di decidere:

Spesso Talvolta Raramente Mai/quasi mai

a) **Come** fare il proprio lavoro?

b) **Che cosa** fare al lavoro?

c) L'orario di lavoro e le pause?

23. In caso di difficoltà sul campo, riceve aiuto e supporto dai colleghi o dai superiori?

Spesso Talvolta Raramente Mai Non applicabile

24. In complesso, quanto si ritiene soddisfatto del suo lavoro, prendendo in considerazione tutti gli aspetti?

Molto soddisfatto Soddisfatto Poco soddisfatto Per nulla soddisfatto

SEZIONE 3: INFORMAZIONI SULLA SALUTE

Questa sezione riguarda il dolore o il fastidio lamentato in diverse parti del corpo e in momenti diversi.



3.1: FONDO SCHIENA (incluso il dolore irradiato alla gamba)

	Negli ultimi 7 giorni			Negli ultimi 12 mesi		
27a. Ha mai avuto dolore o fastidio nella zona evidenziata dalla figura?	no si			no si		
<i>(Se no, ignori questa parte e vada alla sezione 3.2).</i>						
27b. Che tipo di dolore o fastidio ha avvertito? (Segnare una o più risposte)	Solo dolore alla schiena Solo dolore/sintomi alle gambe Dolore/sintomi alla schiena ed alle gambe Dolore acuto (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)			Solo dolore alla schiena Solo dolore/sintomi alle gambe Dolore/sintomi alla schiena ed alle gambe Dolore acuto (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)		
27c. Quanti episodi di dolore ha avuto?	11	2-3	più di 3	11	2-5	6-10 più di 10
27d. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Ore 1-2 giorni		3 - 6 giorni Sempre	Ore 1-2 giorni 3-6 giorni		7-30 giorni 1-3 mesi 3-6 mesi Sempre
27e. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del mal di schiena?	ore 1-2 giorni		3-6 giorni 7 giorni	Mai 1-6 giorni	7-14 giorni 15-30 giorni	1-3 mesi 3-6 mesi più di 6 mesi
27f. Ha consultato un medico?	No	Si		No	Si	
27g. Quale terapia le ha prescritto il medico? (antidolorifici, terapia fisica, chirurgia, altro)	Nessuna Specificare _____			Nessuna Specificare _____		
27h. Ha una esatta diagnosi medica*?	No	Si Specificare _____		No	Si Specificare _____	
27i. Ha di solito mal di schiena durante o subito dopo la guida?	No	Si In genere quanto dura ? _____		No	Si In genere quanto dura ? _____	
27l. Se sì, quale è stata la durata tipica del dolore?	ore 1-2 giorni		3-6 giorni tutti 7 i giorni	Mai 1-6 giorni	7-14 giorni 15-30 giorni	1-3 mesi 3-6 mesi più di 6 mesi
27m. Ha mai avuto un trauma alla schiena che ha richiesto una visita medica? quando? _____ Specificare tipo trauma _____	No			Si		

(*es. protrusione/ernia discale, spondilosi, spondilolistesi ecc.)

28. Quando il dolore alla schiena è comparso per la prima volta come si è presentato?

Gradualmente

D'improvviso,
al di fuori del lavoro

Se è comparso d'improvviso, cosa stava facendo quando è iniziato?

D'improvviso,
al lavoro

29. Le è mai stata riscontrata ernia/e del disco del tratto lombare evidenziata/e con esame radiologico?

No

Si

Anno _____

30. Se sì, la diagnosi è stata fatta con radiografie , TAC , Risonanza Magnetica

31. Quando ha accusato per la prima volta mal di schiena? (anno) 19 _____

Ultimi 7 giorni

(Se non ha sofferto di dolore/fastidio al fondo schiena durante gli ultimi 7 giorni vada alla domanda 34).

32. Il dolore si estendeva lungo la gamba sotto al ginocchio durante gli ultimi 7 giorni?

No

Si

33. Ha dovuto ridurre, evitare o rinunciare a qualcuna delle normali attività negli ultimi 7 giorni a causa del mal di schiena?

No

Si

(Se no, vada alla domanda 34)

33a. Se sì, provi a stimare quante ore o minuti sarebbero stati necessari per compiere il lavoro che il mal di schiena le ha impedito di fare?

ore

minuti

34. Che punteggio da 0 a 10 assegnerebbe al dolore percepito al fondo schiena durante gli ultimi 7 giorni oppure negli ultimi 12 mesi (se non ha avuto mal di schiena negli ultimi 7 giorni)

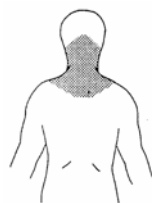
(dove punteggio 0 = nessun dolore e punteggio 10 = dolore insopportabile)

Fondo schiena	<i>dolore minimo</i>					<i>dolore insopportabile</i>					
NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità media del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità media del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Le domande che seguono cercano di definire in che misura il **dolore alla schiena** sta condizionando la sua vita. In particolare vorremmo capire se lei si sia trovato nelle condizioni descritte di seguito durante l'ultimo episodio di mal di schiena (segna tutte le opzioni adatte).

1. A causa del dolore passo la maggior parte del tempo a casa.	No	Si
2. Cambio posizione di frequente per cercare di alleviare il mal di schiena.	No	Si
3. A causa del dolore cammino più lentamente del solito.	No	Si
4. A causa del dolore non faccio i lavori che abitualmente pratico a casa.	No	Si
5. A causa del dolore devo appoggiarmi al passamano per salire le scale.	No	Si
6. A causa del dolore ho bisogno di star disteso a riposare più spesso del solito.	No	Si
7. A causa del dolore ho bisogno di un appoggio per alzarmi dalla sedia.	No	Si
8. A causa del dolore ho bisogno di richiedere servizi ad altre persone.	No	Si
9. A causa del dolore mi vesto più lentamente del solito.	No	Si
10. A causa del dolore riesco a stare in piedi solo per poco tempo.	No	Si
11. A causa del dolore cerco di non incurvarmi o inginocchiarmi.	No	Si
12. A causa del dolore ora ho difficoltà a cambiare posizione nel letto	No	Si
13. La schiena mi fa male quasi sempre.	No	Si
14. A causa del dolore ho difficoltà ad alzarmi da una sedia	No	Si
15. A causa del dolore ho meno appetito del solito.	No	Si
16. A causa del dolore ho problemi ad infilarmi i calzini.	No	Si
17. A causa del dolore cammino solo per brevi tratti.	No	Si
18. A causa del dolore non dormo bene.	No	Si
19. A causa del dolore ho bisogno di aiuto per vestirmi.	No	Si
20. A causa del dolore passo la maggior parte del tempo seduto.	No	Si
21. A causa del dolore evito i lavori pesanti di casa.	No	Si
22. A causa del dolore sono più irascibile e insofferente del solito.	No	Si
23. A causa del dolore salgo le scale più lentamente del solito.	No	Si
24. A causa del dolore rimango a letto per la maggior parte del tempo.	No	Si

3.2: COLLO (incluso il dolore irradiato alle braccia)



	Negli ultimi 7 giorni			Negli ultimi 12 mesi		
35a. Ha mai avuto dolore o fastidio nella zona evidenziata dalla figura?	no si			no si		
<i>(Se no, ignori questa parte e vada alla sezione 3.3).</i>						
35b. Che tipo di dolore o fastidio ha avvertito? (Segnare una o più risposte)	Solo dolore al collo Solo dolore/sintomi alle braccia Dolore/sintomi al collo e alle braccia Dolore acuto (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)			Solo dolore al collo Solo dolore/sintomi alle braccia Dolore/sintomi al collo e alle braccia Dolore acuto (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)		
35c. Quanti episodi di dolore ha avuto?	11	2-3	più di 3	11	2-5	6-10 più di 10
35d. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Ore 1-2 giorni		3 - 6 giorni Sempre	Ore 1-2 giorni 3-6 giorni		7-30 giorni 1-3 mesi 3-6 mesi Sempre
35e. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del dolore al collo/braccia?	ore 1-2 giorni		3-6 giorni 7 giorni	Mai 1-6 giorni	7-14 giorni 15-30 giorni	1-3 mesi 3-6 mesi più di 6 mesi
35f. Ha consultato un medico?	No	Si		No	Si	
35g. Quale terapia le ha prescritto il medico? (antidolorifici, terapia fisica, chirurgia, altro)	Nessuna Specificare _____			Nessuna Specificare _____		
35h. Ha una esatta diagnosi medica?	No	Si	Specificare _____	No	Si	Specificare _____
35i. Ha di solito dolore al collo durante o subito dopo la guida?	No	Si	In genere quanto dura ? _____	No	Si	In genere quanto dura ? _____
35l. Se sì, quale è stata la durata tipica del dolore?	ore 1-2 giorni		3-6 giorni 7 giorni	Mai 1-6 giorni	7-14 giorni 15-30 giorni	1-3 mesi 3-6 mesi più di 6 mesi
35m. Ha mai avuto un trauma al collo che ha richiesto una visita medica? quando? _____ Specificare tipo trauma _____	No	Si		No	Si	

(*es. protrusione/ernia discale, spondilosi, spondilolistesi ecc.)

36. Quando il dolore al collo è comparso per la prima volta come si è presentato?

Gradualmente Si

D'improvviso,
al di fuori del lavoro

Se è comparso d'improvviso, cosa stava facendo quando è iniziato?

D'improvviso,
al lavoro

37. Le è mai stata riscontrata ernia/e del disco del tratto cervicale evidenziata/e con esame radiologico?

No

Si

Anno _____

38. Se sì, la diagnosi e' stata fatta con radiografie , TAC , Risonanza Magnetica

39. Quando ha accusato per la prima volta il dolore al collo? (anno) 19 _____

Ultimi 7 giorni

(Se no ha sofferto di dolore/fastidio al collo durante gli ultimi 7 giorni vada alla domanda 41).

40. Ha dovuto ridurre, evitare o rinunciare a qualcuna delle normali attività negli ultimi 7 giorni a causa del dolore al collo?

No

Si

(Se no, vada alla domanda 41)

40a. Se sì, provi a stimare quante ore o minuti avrebbe perso del proprio lavoro per questo motivo?

ore

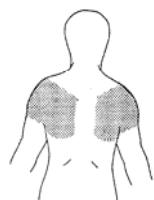
minuti

41. Che punteggio da 0 a 10 assegnerebbe al dolore percepito al collo durante gli ultimi 7 giorni oppure negli ultimi 12 mesi (se non ha avuto dolore al collo negli ultimi 7 gioni)

(dove punteggio 0 = nessun dolore e punteggio 10 = dolore insopportabile)

Collo	<i>dolore minimo</i>					<i>dolore insopportabile</i>					
NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità media del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità media del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.3: SPALLE



	Negli ultimi 7 giorni			Negli ultimi 12 mesi		
42a. Ha mai avuto dolore o fastidio nella zona evidenziata dalla figura?	no si			no si		
<i>(Se no, ignori questa parte e vada alla sezione 3.4).</i>						
42b. Che tipo di dolore o fastidio ha avvertito? (Segnare una o più risposte)	Solo dolore alle spalle Solo dolore/sintomi alle braccia/mani Dolore/sintomi alle spalle e braccia/mani Dolore acuto (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)			Solo dolore alle spalle Solo dolore/sintomi alle braccia/mani Dolore/sintomi alle spalle e braccia/mani Dolore acuto (attacco improvviso di dolore che immobilizza o costringe ad assumere posizioni anomale)		
42c. Quanti episodi di dolore ha avuto?	11	2-3	più di 3	11	2-5	6-10 più di 10
42d. Quale è stata la durata tipica del dolore?	Ore 1-2	3 - 6 giorni Sempre		Ore 1-2 giorni 3-6 giorni	7-30 giorni 1-3 mesi 3-6 mesi Sempre	
42e. Per quanto tempo si è assentato dal lavoro a causa del dolore alle spalle?	ore 1-2 giorni	3-6 giorni 7 giorni		Mai 1-6 giorni	7-14 giorni 15-30 giorni	1-3 mesi 3-6 mesi più di 6 mesi
42f. Ha consultato un medico?	No	Si		No	Si	
42g. Quale terapia le ha prescritto il medico? (antidolorifici, terapia fisica, chirurgia, altro)	Nessuna Specificare _____			Nessuna Specificare _____		
42h. Ha una esatta diagnosi medica?	No	Si Specificare _____		No	Si Specificare _____	
42i. Ha di solito dolore alle spalle durante o subito dopo la guida?	No	Si In genere quanto dura ? _____		No	Si In genere quanto dura ? _____	
42l. Se sì, quale è stata la durata tipica del dolore?	ore 1-2 giorni	3-6 giorni 7 giorni		Mai 1-6 giorni	7-14 giorni 15-30 giorni	1-3 mesi 3-6 mesi più di 6 mesi
42m. Ha mai avuto un trauma alle spalle che ha richiesto una visita medica? quando? _____ Specificare tipo trauma _____	No			Si		

43. Quando il dolore alle spalle è comparso per la prima volta come si è presentato?

Gradualmente D'improvviso,
al di fuori del lavoro Se è comparso d'improvviso, cosa stava facendo quando è iniziato?

D'improvviso,
al lavoro _____

44. Le è mai stata riscontrata una patologia a livello delle spalle evidenziata/e con esame radiologico?

No Si Anno _____

45. Se sì, la diagnosi è stata fatta con radiografie , ECO , TAC , Risonanza Magnetica

46. Quando ha accusato per la prima volta il dolore alle spalle? (anno) 19 _____

Ultimi 7 giorni

(Se no ha sofferto di dolore/fastidio alle spalle durante gli ultimi 7 giorni vada alla domanda 48).

47. Ha dovuto ridurre, evitare o rinunciare a qualcuna delle normali attività negli ultimi 7 giorni a causa del dolore alle spalle?

No Si

(Se no, vada alla domanda 48)

47a. Se sì, provi a stimare quante ore o minuti avrebbe perso del proprio lavoro per questo motivo?

ore minuti

48. Che punteggio da 0 a 10 assegnerebbe al dolore percepito alle spalle durante gli ultimi 7 giorni oppure negli ultimi 12 mesi (se non ha avuto dolore alle spalle negli ultimi 7 giorni)

(dove punteggio 0 = nessun dolore e punteggio 10 = dolore insopportabile)

Spalle	dolore minimo										dolore insopportabile											
NEGLI ULTIMI 7 GIORNI: intensità media del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NEGLI ULTIMI 12 MESI: intensità media del dolore percepito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.4: DISTURBI AD ALTRE PARTI DEL CORPO

Ha mai avvertito, durante gli ultimi 12 mesi, disturbi come dolore, fastidio, intorpidimento a:

Gomiti	No	Si	Sinistra	Destra	Entrambi
Polsi/mani	No	Si	Sinistra	Destra	Entrambi
Anche/cosce/natiche	No	Si	Sinistra	Destra	Entrambi
Ginocchia	No	Si	Sinistra	Destra	Entrambi
Caviglie/piedi	No	Si	Sinistra	Destra	Entrambi
Parte alta della schiena (dorso)	No	Si			

3.5: ALTRE MALATTIE O DISTURBI

Ernia inguinale	No	Si	Terapie
Disturbi digestivi (gastriti, ulcere, problemi intestinali ecc.)	No	Si	Terapie
Problemi di circolazione (vene varicose, emorroidi, ipertensione, problemi cardiaci ecc.)	No	Si	Terapie
Problemi urinari (prostatiti, calcoli, malattie renali)	No	Si	Terapie
Disturbi vestibolari (vertigini)	No	Si	Terapie
Sindrome di Raynaud (dito bianco)	No	Si	Terapie
Malattie croniche articolari, diagnosticate (artrite, gotta, reumatismo)	No	Si	Terapie

3.6 ALTRI SINTOMI E STATI D'ANIMO

Alcune domande circa le sue sensazioni e stati d'animo durante le **ultime 4 settimane**.

Risponda a ciascuna domanda segnando la risposta che più si avvicina al suo stato d'animo.

Per quanto tempo nelle ultime 4 settimane...	Mai	Per poco tempo	Per qualche tempo	Per parecchio tempo	Per la maggior parte del tempo	Sempre
a)...si è sentito pieno di vita?						
b)...è stato molto nervoso?						
c)...si è sentito talmente giù di morale che nulla riusciva a risollevarla?						
d)...si è sentito calmo e sereno?						
e)...si è sentito pieno di energia?						
f)...si è sentito sconcolato ed abbattuto?						
g)...si è sentito esausto?						
h)...è stato contento?						
i)...si è sentito stanco?						

È riportata sotto una lista di problemi che talora affliggono alcune persone. Legga con attenzione ciascuna voce e segni il numero che meglio descrive quanto ciascun problema l'ha disturbata o infastidita negli **ultimi 7 giorni (incluso oggi)**.

	Per nulla	Un po'	Moderatamente	Molto	Moltissimo
Debolezza o vertigini	0	1	2	3	4
Dolore cardiaco o al torace	0	1	2	3	4
Sensazione di facile suscettibilità	0	1	2	3	4
Sensazione di ostilità o di scarso apprezzamento dagli altri	0	1	2	3	4
Sensazione di inferiorità	0	1	2	3	4
Nausea o disturbi gastrici	0	1	2	3	4
Disturbi del respiro	0	1	2	3	4
Torpore o formicolii in parti del corpo	0	1	2	3	4
Debolezza in parti del corpo	0	1	2	3	4
Sentirsi molto imbarazzato con gli altri	0	1	2	3	4

3.7 ATTIVITA', LAVORO E MAL DI SCHIENA

Sia che lei abbia che non abbia avuto mal di schiena - sulla base del suo punto di vista e di ciò che il medico o altre persone le hanno detto a proposito del mal di schiena - quanto concorda con le seguenti affermazioni?

E' necessario rispondere a tutte le domande cerchiando il numero relativo alla risposta appropriata partendo da 1 "non concordo" a 5 "concordo in pieno".

Non concordo

Concordo in pieno

	1	2	3	4	5
a. L'attività fisica peggiora il mio mal di schiena	1	2	3	4	5
b. L'attività fisica dovrebbe essere evitata se facesse peggiorare il dolore	1	2	3	4	5
c. Un aumento del dolore è un segno che devo smettere di fare ciò che stavo facendo	1	2	3	4	5
d. Il riposo è necessario per stare meglio	1	2	3	4	5
e. Il mio lavoro abituale dovrebbe essere evitato finchè il dolore non sia stato trattato	1	2	3	4	5
f. E' importante farsi visitare subito da un medico al primo segno di fastidio	1	2	3	4	5
g. Trascurare problemi di questo genere può portare a problemi di salute permanenti	1	2	3	4	5
h. Il mal di schiena di solito migliora spontaneamente	1	2	3	4	5