

VISITA MEDICA PREVENTIVA

1. Dati occupazionali ⁽¹⁾ (Vedi allegato n°:.....)

Destinazione lavorativa – Mansione.....

Fattori di rischio ⁽²⁾ (per i cancerogeni anche CAS e tipo)	Esposizione (giorni/anno)	Accertamenti sanitari	Periodicità (in mesi)
☐ Rumore (Lex _(8h))		☐ Visita medica	
☐ Vibrazioni mano braccio		☐ Esame posturale	
☐ Vibrazioni a tutto il corpo (WBV)		☐ Esame sovraccarico arti superiori	
☐ Microclima		☐ Esame spirometrico	
☐ Movimentazione manuale di carichi		☐ Audiometria	
☐ Movimenti ripetitivi arti superiori		☐ Esame vestibolare	
☐ Sovraccarico funzionale arti superiori		☐ ECG	
☐ Postura incongrua		☐ Visiotest	
☐ Lavori in quota		☐ Questionario stress	
☐ VDT		☐ Esami ematochimici	
☐ Stress lavoro-correlato		☐ Droghe	
☐ Polveri generiche		☐ CDT / Alcolemia	
☐ Altro.....		☐ Vidal-Wright	
(1). I dati di questa sezione sono forniti dal Datore di lavoro (indicare n° degli allegati). (2). Per gli agenti cancerogeni indicare anche il numero di CAS, il tipo (sostanza, preparato o processo di cui all'allegato XLII D. Lgs. 81/08) ed il valore dell'esposizione.		☐ Ac. ippurico u.	
		☐ Ac. metilippurico u.	
		☐ HbCO	
		☐ Ac. trans trans muconico u.	
		☐ Altro.....	

3. Anamnesi lavorativa nello stesso settore lavorativo da anni

.....

.....

.....

Esposizioni precedenti no ☐ sì ☐ ai seguenti rischi:.....

4. Anamnesi familiare

Positività per patologie ereditarie: no ☐ sì ☐

5. Anamnesi fisiologica

Fumo: no ☐ sì ☐ quantità al dì da anni ha smesso da anni ha fumato n°..... peraa.

Alcool: no ☐ sì ☐ occasionalmente ☐ Superalcolici ☐ Servizio militare: sì ☐ no ☐ Riformato per

Uso abituale di farmaci: no ☐ sì ☐ Sport: no ☐ sì ☐

Alvo: nella norma ☐ stitico ☐ diarroico ☐ alternante ☐ Diuresi: fisiologica ☐ alterata ☐

Mestruazioni: regolari ☐ irregolari ☐ Gravidanze: n. Attuale stato gravidico: no ☐ sì ☐ mese.....

Allergie: no ☐ sì ☐ Vaccinazioni:

6. Anamnesi patologica remota ☐ riferisce di aver sempre goduto di buona salute ☐ altro

.....

.....

.....

7. Interventi chirurgici - Infortuni – Traumi (lavorativi o extralavorativi) no ☐ sì ☐

.....

.....

.....

8. Invalidità riconosciute (I. civile, INPS, INAIL, Ass. Private) no ☐ sì ☐ Percentuale:

.....

9. Contemporanea esposizione presso altri datori di lavoro o attività professionale autonoma no ☐ sì ☐

10. Altre notizie utili a fini anamnestici lavorativi.....

11. Anamnesi patologica prossima

.....

Per presa visione, per conferma della veridicità di quanto dichiarato, per informazione sui rischi specifici da parte del Medico Competente e per autorizzazione al trattamento dei dati sanitari ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Data

Il Lavoratore

QUESTIONARIO POSTURALE

MOVIMENTAZIONE MANUALE DEI CARICHI

(D.Lgs. 81/08 - Titolo VI - Allegato XXXIII)

ANAMNESI

☐ NON RILEVANTE ☐ RIFERISCE: _____

ESAME OBIETTIVO - MANOVRE SEMEIOLOGICHE

ISPEZIONE

LORDOSI CERVICALE	☐ NORMALE	☐ ACCENTUATA	☐ APPIATTITA	☐ GIBBO
CIFOSI DORSALE	☐ NORMALE	☐ ACCENTUATA	☐ APPIATTITA	
LORDOSI LOMBARE	☐ NORMALE	☐ ACCENTUATA	☐ APPIATTITA	
SCOLIOSI DORSALE	☐ NO	☐ DX CONVESSA	☐ SX CONVESSA	
SCOLIOSI LOMBARE	☐ NO	☐ DX CONVESSA	☐ SX CONVESSA	

MANOVRE DI PRESSO PALPAZIONE (APOFISI SPINOSE, SPAZI INTERVERTEBRALI E MUSCOLATURA PARAVERTEBRALE)

☐ ASSENZA DI DOLORE

☐ SEDE DEL DOLORE: _____

 RETRAZIONE MM. ISCHIOCRURALI/LASEGUE VALORI NORMALI F = sup. a 90° M = sup. a 70°	ISCHIO ☐ ASSENTE ☐ RETRAZIONE DX ☐ RETRAZIONE SX LASEGUE ☐ ASSENTE ☐ DOLORE DX ☐ DOLORE SX
 RETRAZIONE MUSCOLI ILEOPOAS/WASSERMAN VALORI NORMALI F = 0 M = inf. a 5 cm. 	PFOAS ☐ ASSENTE ☐ RETRAZIONE DX ☐ RETRAZIONE SX WASSERMAN ☐ NEGATIVO ☐ DOLORE DX ☐ DOLORE SX
 RETRAZIONE MUSCOLI ERETTORI SPINALI	DISTANZA FRONTE-GINOCCHIO ☐ ASSENTE ☐ PRESENTE (distanza > 2 cm) ☐ DOLORE
	OSSERVAZIONE RITMO LOMBO PELVICO ☐ NORMALE ☐ LORDOSI LOMBARE IMMODIFICATA ☐ DOLORE LOMBARE
	DORSO CURVO STRUTTURATO ☐ NORMALE ☐ PRESENZA DI DORSO CURVO STRUTTURATO ☐ DOLORE DORSALE

1 - Retrazione muscoli ischio-crurali
Flettere la coscia sul bacino a 90°, poi estendere la gamba fino a portarla in linea con la coscia. E' presente retrazione quando l'angolo coscia/letto è inferiore ai valori indicati.

2 - Lasegue
Flettere la coscia sul bacino a 90°, poi estendere la gamba fino a portarla in linea con la coscia.

3 - Retrazione muscolo ileo-psoas
Paziente supino: flessione di una coscia sul bacino afferrandola con le braccia. Ginocchio controlaterale (distanza cavo poplite / letto) non deve sollevarsi oltre i valori indicati.

4 - Wasserman
Paziente prono, fissare il bacino: la flessione del ginocchio suscita dolore che aumenta estendendo anca.

5 - Retrazione muscoli erettori spinali
Paziente supino: flessione delle cosce sul bacino ed avvicinamento fronte fino a toccare le ginocchia. E' presente retrazione quando la distanza supera il valore normale.

6 - Ritmo lombo-pelvico
Paziente in piedi a gambe divaricate esegue lenta flessione del tronco: prima capo, poi dorso, poi tratto lombare. Il tratto lombare deve cifottizzarsi: se permane la lordosi l'esame è alterato.

7 - Dorso curvo
Paziente seduto con le mani dietro la nuca: aprire più possibile i gomiti raddrizzando la schiena. Esiste dorso curvo strutturato se la cifosi dorsale non si appiattisce.

PATOLOGIA DEGLI ARTI SUPERIORI

PROTOCOLLO CLINICO

CERVICO-BRACHIALGIE

ESAME DEL RACHIDE CERVICALE: ☐ NEGATIVO ☐ ALTERAZIONI.....

ARTICOLAZIONE SCAPOLO-OMERALE

ESAME DELL'ARTICOLAZIONE: ☐ NEGATIVO ☐ ALTERAZIONI.....

TEST DI NEER

(conflitto sub acromiale: l'esaminatore, dietro al paziente, blocca con una mano la scapola e con l'altra solleva in avanti il braccio esteso. Test positivo se il pz. avverte dolore e rigidità).

POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

TEST DELLA CADUTA DEL BRACCIO

(rottura della cuffia: il pz. è in grado di mantenere l'abduzione a 90°, ma un lieve spostamento verso il basso causa la caduta dell'arto. In questo caso il test è positivo).

POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

SINDROMI CANALICOLARI

TEST DI PHALEN *

(flessione forzata dei polsi avvicinando le mani dalla parte del dorso con le dita rivolte verso il basso; mantenere la posizione per un minuto).

POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

TEST DI TILEN *

(pressione a livello del canale del carpo).

POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

GOMITO

ESAME DELL'ARTICOLAZIONE: ☐ NEGATIVO ☐ ALTERAZIONI.....

TEST EPICONDILITE:

(flessione passiva massima del polso a gomito esteso).

POSITIVO ☐ NEGATIVO ☐

POLSO-MANO

ESAME DEL POLSO E DELLA MANO: ☐ NEGATIVO ☐ ALTERAZIONI.....

PRESENZA DI CISTI TENDINEE

Sì ☐ No ☐

IL MEDICO

.....