	<b>NOMBRE</b> <b>SVE DESORDENES MÚSCULO ESQUELÉTICOS</b>		<b>CÓDIGO</b> <b>13-1-FT-030</b>
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b> <b>FORMATO</b>	<b>PROCESO</b> <b>APOYO</b>	<b>VERSIÓN</b> 001

## ENCUESTA DE SÍNTOMAS MÚSCULO ESQUELÉTICOS

La encuesta de sintomatología SIN-DME, es una prueba tamiz que tiene como objetivo recolectar información sobre la presencia de síntomas relacionados con Desórdenes Músculo Esqueléticos en la población trabajadora de una empresa u organización productiva.

La encuesta se divide en cuatro dominios:

**a. Información personal.** En la cual se recolecta información del trabajador y el cargo ocupado.

**b. Hábitos.** Se indaga sobre los hábitos individuales: consumo de tabaco y actividad física.

**c. Trabajo.** Tiene como finalidad identificar la exposición laboral a posibles eventos generadores de DME.

**d. Estado de salud.** Se utiliza un gráfico que permite a través de la codificación visual, identificar las zonas del cuerpo donde se presentan diferentes síntomas asociados con DME. Se le pide al trabajador que marque con "XXX" la parte del cuerpo en donde ha presentado dolor, con "OOO" aquellas en donde ha presentado hormigueo, con "///" donde ha presentado adormecimiento y con "+++" en donde ha presentado molestias. Luego se pregunta sobre la duración del mismo y sobre la intensidad del tipo de dolor identificado.

Número de evaluación:

Fecha: \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_

### A. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ No. identificación: \_\_\_\_\_

Edad:  años      ¿Usted es?:  Derecho  Izquierdo  Ambidiestro

Peso:  kg.      Estatura:  m.

Género: Masculino  Femenino

Nombre del cargo actual: \_\_\_\_\_

Antigüedad en el cargo actual:  años  meses

### B. HÁBITOS

1. ¿Fuma? Sí  No

1.1 ¿Cuántos cigarrillos al día?       1.2 ¿Hace cuánto tiempo fuma? Años  Meses

2. ¿Realiza usted algún tipo de actividad física? Sí  No  2.1 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

2.2 ¿Con qué frecuencia? Diario  Dos veces a la semana  Tres veces a la semana  Fines de semana

2.3 ¿Por cuánto tiempo realiza esta actividad? 15 min  30 min  1 Hora  Más de una hora

### C. SU TRABAJO

3. ¿Cuáles son sus horarios actuales de trabajo?: \_\_\_\_\_

4. En su trabajo actual, ¿cuántas horas trabaja usted por día?:  Horas

5. ¿La Duración semanal de su trabajo es variable?: Sí  No

6. ¿Ocupa usted diferentes puestos o realiza diferentes funciones en su trabajo? Sí  No

### D. ESTADO DE SALUD ACTUAL

7. ¿Presenta dolor, molestias o discomfort en alguna parte del cuerpo? Sí  No

8. ¿Presenta alguna enfermedad actualmente? Sí  No  8.1 ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**Si su respuesta es afirmativa, por favor continúe respondiendo las siguientes preguntas.**

## 2. Evaluación de síntomas

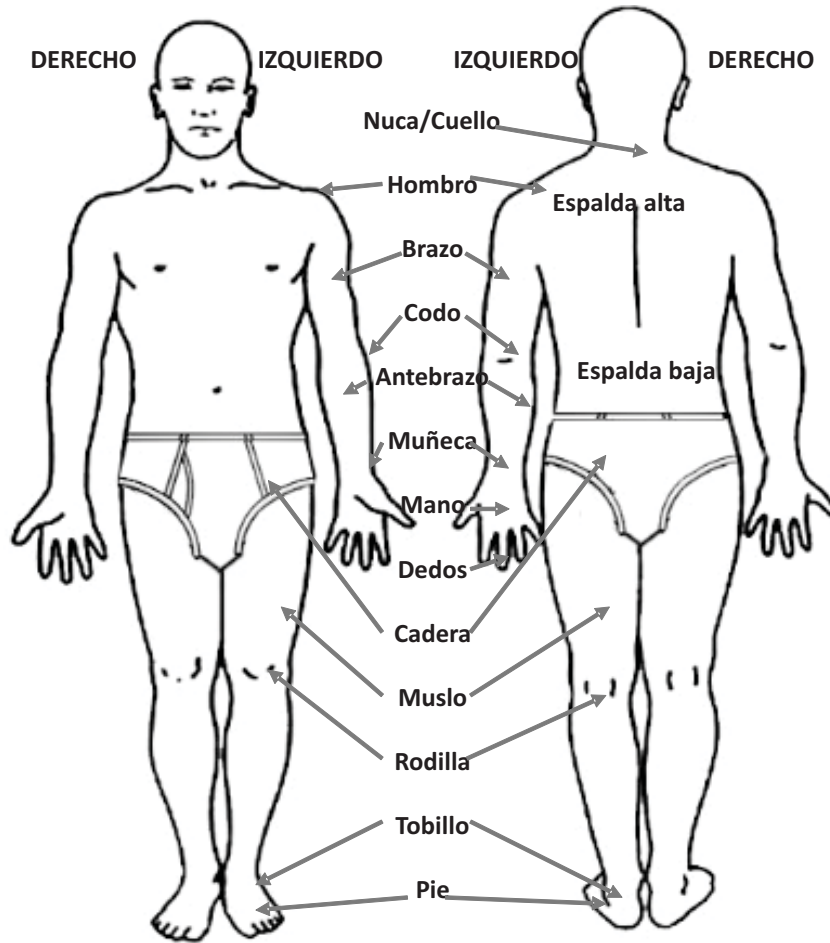
Utilice una hoja por cada trabajador incluido en la muestra.  
Realice las copias que sean necesarias y aplíquelas como evaluaciones individuales.

No. Identificación del trabajador:

### ESTADO DE SALUD ACTUAL:

9. En el siguiente dibujo encuentra las diferentes partes del cuerpo. Por favor marque con "XXX" la parte del cuerpo en donde ha presentado dolor, con "000" aquellas en donde ha presentado hormigueo, con "////" donde ha presentado adormecimiento y con "+++" en donde ha presentado molestias.

A1	Dolor	XXXXX
A2	Hormigueo	00000
A3	Adormecimiento	//////
A4	Molestias	+++++



10. ¿Señale con una "X" cuándo se presentan los síntomas?:

- B1  Al realizar mi trabajo  
 B2  Al final del día  
 B3  Al final de la semana  
 B4  Todo el tiempo  
 B5  En mi casa

11. Indique desde hace cuánto tiempo presenta estos problemas:

- C1  1 semana  
 C2  1 mes  
 C3  3 meses  
 C4  6 meses  
 C5  12 meses  
 C6  Más de 12 meses

12. Indique por cuánto tiempo se presentan y permanecen estos problemas:

- D1  Menos de 24 horas  
 D2  De 1 a 7 días  
 D3  De 8 a 30 días  
 D4  De manera permanente

13. Marque con una "X" sobre la escala, señalando la INTENSIDAD actual del dolor o molestia. Tenga en cuenta que "0" equivale a no presentar molestia ni dolor y "10" corresponde a una molestia o dolor intolerable.

Nuca/Cuello	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hombro	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Brazo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Codo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antebrazo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muñeca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dedos de la mano	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ni molestia, ni dolor                      Molestia o dolor intolerable

Espalda alta	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Espalda baja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cadera	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muslo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Rodilla	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pierna	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Tobillo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pie	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Ni molestia, ni dolor                      Molestia o dolor intolerable

### 3. Resultados

De acuerdo con las evaluaciones realizadas en el Departamento o Área, presente los resultados más relevantes

De acuerdo con las respuestas obtenidas en la evaluación de los síntomas, proceda a identificar el código de cada selección hecha por el trabajador (este código esta ubicado a la izquierda de cada casilla). Registre en esta página los códigos, teniendo en cuenta la columna correspondiente. En la columna Intensidad del dolor, registre el valor señalado por el trabajador.

Num.	No. Identificación del trabajador	Localización	13. Característica del dolor	14. Momento del sintoma	15. Antigüedad del sintoma	16. Permanencia del sintoma	17. Intensidad del dolor
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

Observaciones del evaluador:

## 4. Síntesis

De acuerdo con los datos identificados en la problemática de los DME, presente los aspectos más relevantes relacionadas con la sintomatología de los trabajador evaluados.

	Hombres	Mujeres	Total
Número de trabajadores sin síntomas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de trabajadores con síntomas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de trabajadores con síntomas por más de un mes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Segmento más reportado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Segundo segmento más reportado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Sintomatología.** Especificar las características de la sintomatología, de acuerdo al puesto de trabajo evaluado:

Describe las principales semejanzas y diferencias de los síntomas entre los trabajadores evaluados de un mismo puesto de trabajo y con relación a los hallazgos en los trabajadores de los demás puestos:

**Recomendaciones.** De acuerdo con los hallazgos y la situación evaluada, establezca las recomendaciones a seguir:

**Soportes Fotográficos.** Indique el nombre y código de las fotografías y anéxelas en un archivo digital en formato JPG:



