


| | | | |
|--|---|--------------------------------|-------------------------------------|
|  | NOMBRE SVE DESORDENES MÚSCULO ESQUELÉTICOS | | CÓDIGO 13-1-FT-030 |
| | TIPO DE DOCUMENTO FORMATO | PROCESO APOYO | VERSIÓN 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 disconfort 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

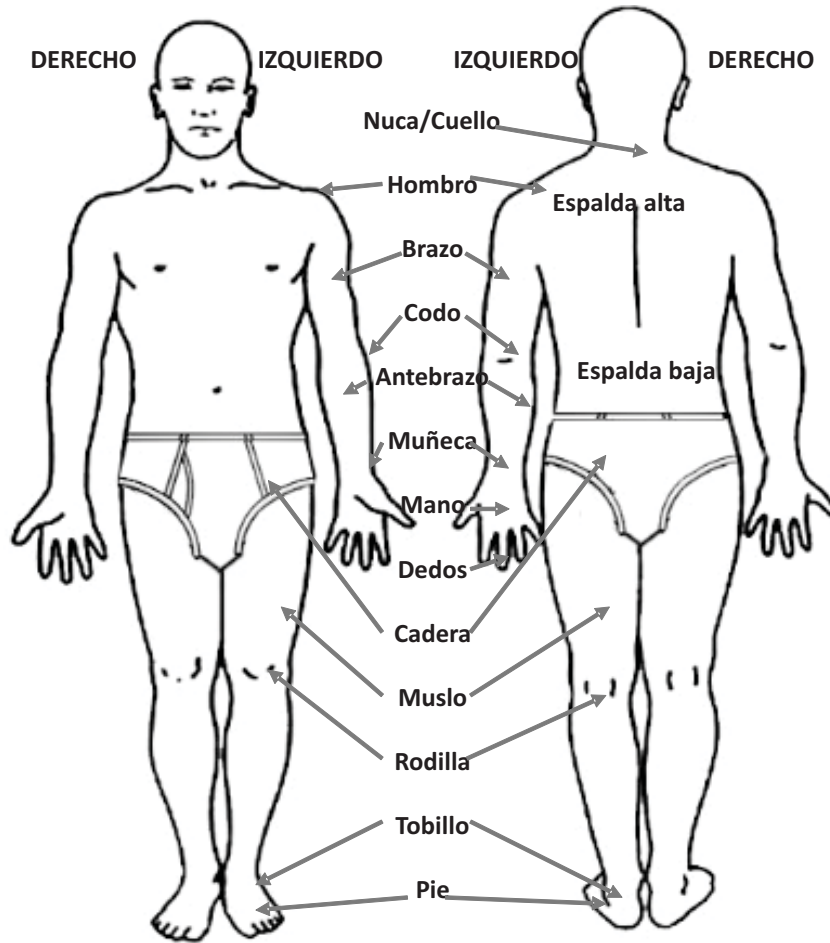
Utilice una hoja por cada trabajador incluido en la muestra.
Realice las copias que sean necesarias y aplíquelas como evaluaciones individuales.

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

