



Qüestionari de salut laboral

(Contestau-lo breument, però no respogneu simplement “sí” o “no” si podeu detallar la resposta.)

Dades personals

Llinatges i nom:

Edat : Data de naixement: __/__/____ DNI:

Lloc de naixement:

Descripció de totes les ocupacions anteriors

Dates

Descripció del treball i nom de l'empresa

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Del __/__/____ al __/__/____

Antecedents familiars patològics

Pare:

Mare:

Germans:

Fills:

Padrí patern :

Padrina paterna:

Padrí matern:

Padrina materna:

Altres familiars:



Exposició a radiacions ionizants

Us han fet mai cap estudi radiològic?:

Nombre de radiografies del tòrax: Nombre de radiografies dels ossos:

Nombre de tomografies computades: Nombre d'ènemes opacs:

Nombre d'urografies: Nombre de trànsits gastroduodenals:

Altres estudis radiològics:

Us han fet mai cap tractament amb radiacions?:

Qüestionari general

Fumau?: Quina quantitat?:

Beveu vi, cervesa...?:

Quant en beveu al dia?:

Quantes tasses de cafè preneu cada dia?:

Preneu cap tipus de medicament?: Quins?:

.....

Per què els preneu?:

A quines activitats dediqueu el temps lliure?:

.....

Quan us parlen, sentiu els altres i de la mateixa manera amb les dues orelles?:

Respirau bé pel nas?:

Patiu faringitis?: Des de quan?:

Patiu algun tipus d'al·lèrgia?:

Quan vàreu començar a patir al·lèrgia?:

Teniu molèsties als ulls?:

Hi veis bé amb tots dos ulls, tant de dia com de nit?:

Distingiu bé, visualment, tots els colors?: Emprau ulleres o lents de contacte?:

Per quin motiu?:

Patiu alguna malaltia als ulls?:

Patiu alguna malaltia a la pell?:

Teniu acne?: Teniu èczemes?:

Teniu picors?: Podeu dur bijuteria?:

Duis cap tatuatge?:

Patiu mal de cap?: Teniu vertigen?:

Heu tingut cap traumatisme amb pèrdua de la consciència?:

Heu tingut convulsions o crisis epilèptiques?:

Patiu dels nervis?:



Teniu alguna malaltia del sistema nerviós?:

Heu tengut o teniu hipertensió arterial?:

Patiu del cor (angina de pit, infart, etc.)?:

Us han dit mai si teniu un buf al cor?:

Us han dit mai si teniu una arítmia?:

Patiu o heu patit asma bronquial, bronquitis, bronquitis asmàtica?:

Heu tengut mai ofecs amb xiulets al pit?:

Patiu o heu patit tuberculosi pulmonar?:

Us han dit mai si teniu una ombra o una taca en un pulmó?:

Viviu o heu viscut amb alguna persona que tengués tuberculosi?:

En tossir, heu escopit sang qualque vegada?:

Tossiu sovint?:

Heu tengut cap inflamació de la pleura?:

Heu patit pneumònia (pulmonia)?:

Sabeu si teniu bronquièctasi o quists als pulmons?

Us han operat dels pulmons per algun motiu?:

Heu patit o patiu còlics de ronyó?:

Heu fet mai l'orina molt obscura?:

Heu patit cap infecció urinària?:

Sabeu si patiu cap malaltia dels ronyons?:

Heu notat darrerament dolor, feixuguesa, cremor o acidesa d'estómac?:

Patiu o heu patit una úlcera d'estómac o de duodè?:

Teniu diarrea molt sovint?: Patiu restrenyiment?:

Heu tengut o teniu hemorroides (morenes)?:

Us han extirpat l'apèndix?: Us han operat algun lloc del tub digestiu?:

Sabeu si teniu diverticles, pòlips o altres alteracions als intestins?:

Heu patit algun tipus d'hepatitis aguda?:

Patiu o heu patit cap malaltia del fetge, de la vesícula biliar o del pàncrees?:

Heu notat mai una protuberància a l'engonal que augmenti en tossir o en fer un esforç?:

Us han operat de qualque tipus d'hèrnia (umbilical, inguinal o crural)?:

Us han diagnosticat alguna vegada artritis, artrosi, lumbago, ciàtica, gota, hèrnia discal o altres patologies similars?:

Teniu amb certa freqüència contractures musculars (torticoli o altres)?:

En llevar-vos al matí, soleu tenir les mans entumides i us costa obrir-les o moure els dits?:

Heu patit o patiu dolor o rigidesa a l'esquena, sobretot de matí?:

Heu patit cap fractura, fissura òssia, luxació o esquinç?:

Us han trobat mai sucre a la sang?:



Heu tengut mai anèmia?:

Us han fet alguna transfusió?:

Sabeu si teniu cap malaltia de la sang?:

Heu patit de goll o d'alguna alteració de les hormones de la tiroide?:

Heu tengut cap tumor benigne o maligne?:

Us heu palpat darrerament els ganglis al coll, a la clavícula , a les aixelles o als engonals?:

Heu patit cap malaltia infecciosa, com ara poliomielitis, meningitis, paludisme, tifus, brucel·losi, herpes zòster o d'altres?:

Heu patit cap tipus d'intoxicació alimentària, medicamentària o d'altra mena?:

Sabeu si teniu al·lèrgia a qualche medicament o a altres substàncies?:

Us heu vacunat contra la tuberculosi?: En quina data?: __/__/____

Us heu vacunat contra el tètanus?: En quina data?: __/__/____

1a dosi: __/__/____ 2a dosi: __/__/____ 3a dosi: __/__/____ Dosi de record: __/__/____

Us heu vacunat contra l'hepatitis B?: En quina data?: __/__/____

1a dosi: __/__/____ 2a dosi: __/__/____ 3a dosi: __/__/____ Dosi de record: __/__/____

Contestau només si sou dona:

Us han fet cap intervenció quirúrgica a les mames?:

Us han fet cap intervenció quirúrgica ginecològica?: Quines?:

.....

Us han fet cap examen radiològic de mama?:

Quants fills teniu?: Heu tengut cap avortament?:

Patiu cap malaltia sobre la qual no us hàgim fet cap pregunta o que considereu que té interès?: .

Indicau les dades que no heu trobat en aquest qüestionari i que hi haurien de figurar:

.....

.....

Declar sota la meva responsabilitat que les dades consignades són certes.

Data: __/__/2010

Llinatges i nom:

.....

[signatura]