



## ANEXO 4. CUESTIONARIO NÓRDICO DE SÍNTOMAS MÚSCULO - TENDINOSOS

Fecha:

Nombre:

Sexo:

	Cuello	Hombro	Dorsal o umbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
1 ¿Ha tenido molestias en?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Izq. <input type="checkbox"/> Der. <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>

Si contestó no a la pregunta 1, no conteste más preguntas de este cuestionario.

	Cuello	Hombro	Dorsal o umbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
2 ¿desde hace cuánto tiempo?					
3 ¿ha necesitado cambiar de puesto de trabajo?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>
4 ¿ha tenido molestia en los últimos 12 meses?	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

Si contestó no a la pregunta 4, no conteste más preguntas de este cuestionario.

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
5 ¿Cuánto tiempo ha tenido molestias en los últimos 12 meses?	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>
	8 – 30 días <input type="checkbox"/>	8 – 30 días <input type="checkbox"/>	8 – 30 días <input type="checkbox"/>	8 – 30 días <input type="checkbox"/>	8 – 30 días <input type="checkbox"/>
	> 30 días seguidos <input type="checkbox"/>	> 30 días seguidos <input type="checkbox"/>	> 30 días seguidos <input type="checkbox"/>	> 30 días seguidos <input type="checkbox"/>	> 30 días seguidos <input type="checkbox"/>
	siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>	siempre <input type="checkbox"/>

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
6 ¿Cuánto dura cada episodio?	< 1 hora <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>	< 1 hora <input type="checkbox"/>
	1 – 24 horas <input type="checkbox"/>	1 – 24 horas <input type="checkbox"/>	1 – 24 horas <input type="checkbox"/>	1 – 24 horas <input type="checkbox"/>	1 – 24 horas <input type="checkbox"/>
	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>
	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>
	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
7 ¿Cuánto tiempo estas molestias le han impedido hacer su trabajo en los últimos 12 meses?	0 días <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>	0 días <input type="checkbox"/>
	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>	1 – 7 días <input type="checkbox"/>
	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>	1 – 4 semanas <input type="checkbox"/>
	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>	>1 mes <input type="checkbox"/>

	Cuello	Hombro	Dorsal o umbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
8 ¿Ha recibido tratamientos por estas molestias en los últimos 12 meses?	Si No <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/>
9 ¿Ha tenido molestias en los últimos 7 días?	Si No <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/>	Si No <input type="checkbox"/>

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o an e Brazo	Mano o muñeca
10. Póngale nota a sus molestias entre 0 (sin molestias) y 5 (molestias muy fuertes)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	Cuello	Hombro	Dorsal o lumbar	Codo o antebrazo	Mano o muñeca
11 ¿A qué atribuye estas molestias?					

