

Cuestionario Direcccionado
Agente de Riesgo: Gestos repetitivos y posiciones forzadas
Anexo V – Resolución SRT N° 37/2010

Empresa: _____ CUIT: _____

Nombre y Apellido: _____ CUIL: _____

Puesto de trabajo: _____ Antigüedad: _____

Nº Horas/ días de trabajo: _____

Tiempo de tarea: Esporádico ☐ Continúo: > 2 hs y < 4 hs ☐ Continúo: > 4 hs ☐
Ciclo de trabajo: Largo: < 2 minutos ☐ Moderado: 30 seg. – 1 a 2 minutos ☐ Corto: hasta 30 seg. ☐
Manipulación manual de cargas: < de 1 kg ☐ Entre 1 kg y 3 kgs ☐ > de 3 kgs ☐

Tipo de tarea:
Movimientos de alcance repetidos por encima del hombro ☐ El cuello se mantiene flexionado ☐
Movimientos de flexión o extensión forzados de muñeca ☐ Giros de columna ☐
Flexión sostenida de columna ☐ Rotación extrema del antebrazo ☐
Flexión extrema del codo ☐ Flexión mantenida de dedos ☐
Otros, especificar: _____

Semiología del Segmento Corporal Comprometido - Relación Movilidad – Dolor Articular y estado de masa muscular relacionada.

Articulacion	Abduccion	Adduccion	Flexion	Extension	Rot. Externa	Rot. Interna	Irradiacion	Alt. Masa muscular
Hombro	Der. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Izq. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codo	Der. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Izq. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muñeca	Der. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Izq. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mano y Dedos	Der. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Izq. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadera	Der. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Izq. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rodilla	Der. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Izq. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobillo	Der. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Izq. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Características del Dolor

Por su forma de aparición: Agudo ☐ Insidioso ☐ Ausente ☐
Por su evolución: Continuo ☐ Brotes ☐ Cíclico ☐

Puntos dolorosos: _____

Localización: _____

Otros Signos y Síntomas Presentes en el Segmento Involucrado

Calambres Musculares ☐ Parestesias ☐ Calor ☐ Cambios de coloración de la piel ☐ Tumefacción ☐

Caracterización Semiológica:

Grado 0	Ausencia de signos y síntomas
Grado 1	Dolor en reposo y/o existencia de sintomatología sugestiva
Grado 2	Grado 1 mas contractura y/o dolor a la movilización
Grado 3	Grado 2 mas dolor a la palpación y/o percusión
Grado 4	Grado 3 mas limitación funcional evidente clinicamente

Observaciones: _____

Firma y Aclaración del Trabajador

Firma y Sello del Médico