**Test con dispositivi DPI in varie condizioni termiche ambientali**

**Questionario di valutazione soggettiva del benessere/disagio termico**

(indicare con una X le caselle corrispondenti a ciascuna situazione)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data ………/………/………** |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Età ……………….** | **Genere:** |  | **Uomo** |  | **Donna** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazionalità …………………………..** | **Altezza (cm): ……………** | **Peso (kg): ……………** |

|  |
| --- |
| **Descrivere l’attività fisica che si intende svolgere**  **...………………………………………………………………………………………………………………………….** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrivere l’ambiente in cui si svolge il test** | | | | | | |
|  |  | All’aperto esposto al sole |  | All’aperto in zone d’ombra |  | Al chiuso |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrivere l’abbigliamento indossato** | | | |
| **e gli accessori utilizzati** | SI | NO | In parte |
| Tuta poco traspirante per trattamenti chimici |  |  |  |
| **Torso** |  |  |  |
| Canottiera |  |  |  |
| Maglietta maniche corte |  |  |  |
| Maglietta maniche lunghe |  |  |  |
| Camicia |  |  |  |
| Giacca da ufficio |  |  |  |
| Felpa |  |  |  |
| Impermeabile/giacca |  |  |  |
| **Gambe e piedi** |  |  |  |
| Pantaloni corti |  |  |  |
| Pantaloni lunghi |  |  |  |
| Sovrapantaloni |  |  |  |
| Scarpe |  |  |  |
| Scarpe antiinfortunistiche |  |  |  |
| **Testa e mani** |  |  |  |
| Cappello parasole |  |  |  |
| Cappello di lana o sintetico |  |  |  |
| Casco da lavoro |  |  |  |
| Mascherina da lavoro per specifiche mansioni |  |  |  |
| Mascherina anti COVID-19 |  |  |  |
| Guanti per trattamenti chimici o da lavoro |  |  |  |
| Guanti anti COVID-19 |  |  |  |
| Occhiali |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Che livello di sforzo percepisci?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Molto leggero | | | Leggero | | | | Moderato | | | | | Intenso | | | | Molto intenso | | | |
| 1 | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | |
| **Che situazione percepisci?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situazioni percepite | | Molto leggera | | | | Leggera | | | Moderata | | | | Intensa | | | | Molto intensa | | | |
| 1 | | 2 | | 3 | | 4 | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | |
| Sudorazione | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Stanchezza | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Sete | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Vertigini | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Spossatezza | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Confusione | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Altro | |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Che livello di sensazione termica generale percepisci?** | | | | | | | | | |
| Nessun disagio da caldo | | Disagio  debole | | Disagio moderato | | Disagio  intenso | | Disagio  molto intenso | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Che livello di sensazione termica locale percepisci?** | | | | | | | | | | |
| Parti del corpo | Nessun disagio da caldo | | Disagio  debole | | Disagio moderato | | Disagio  intenso | | Disagio  molto intenso | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Testa/Viso |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Spalle/schiena |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Torace/addome |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Braccia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Mani |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Gambe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Piedi |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |