

Work-related MusculoSkeletal Disorders Questionnaire (WMSDsQ)

Sesso Maschio Femmina

Anno di nascita _____

Da quanti anni e mesi stai svolgendo il tuo attuale tipo di lavoro? _____ anni _____ mesi

Quanto pesi? _____ Kg

Quanto sei alto/a? _____ cm

Nel corso degli ultimi 12 mesi hai mai avuto disturbi (fastidio, indolenzimento o dolore) a livello delle seguenti regioni del corpo:

Collo No Si

Spalle No Si

Gomiti No Si

Polso/mano No Si

Regione dorsale No Si

Regione lombare No Si

Una o entrambe le anche/cosce No Si

Una o entrambe le ginocchia No Si

Una o entrambe le caviglie/piedi No Si

		Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
1	Devi lavorare molto velocemente?	0	1	2	3	4
	Il carico di lavoro è distribuito in modo uniforme in modo che non si accumulì?	4	3	2	1	0
	Hai tempo di completare tutte le tue attività lavorative?	4	3	2	1	0
2	Il tuo lavoro richiede molta concentrazione?	0	1	2	3	4
	Il tuo lavoro richiede la tua costante attenzione?	0	1	2	3	4
	Il tuo lavoro richiede un alto livello di precisione?	0	1	2	3	4
3	Altre persone prendono decisioni riguardanti il tuo lavoro?	0	1	2	3	4
	Hai una grande influenza sul tuo lavoro?	4	3	2	1	0
	Puoi influenzare la quantità di lavoro assegnata a te?	4	3	2	1	0
4	Devi fare la stessa cosa più e più volte?	0	1	2	3	4
	Riesci a sfruttare le tue abilità o competenze nel tuo lavoro?	4	3	2	1	0
	Il tuo lavoro ti dà l'opportunità di migliorare le tue abilità?	4	3	2	1	0
5	Puoi decidere quando fare una pausa?	4	3	2	1	0
	Puoi andare in vacanza più o meno quando lo desideri?	4	3	2	1	0
	Puoi lasciare il tuo lavoro per chattare con un collega?	4	3	2	1	0
6	Il tuo lavoro è significativo?	4	3	2	1	0
	Pensi che il lavoro che fai sia importante?	4	3	2	1	0
	Ti senti motivato e coinvolto nel tuo lavoro?	4	3	2	1	0

		Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
7	Vi sono richieste contraddittorie durante il lavoro?	0	1	2	3	4
	Devi fare cose che ti sembrano inutili?	0	1	2	3	4
	Devi fare delle cose che sono accettate da alcune persone ma non da altre?	0	1	2	3	4
	Devi fare delle cose che avrebbero dovuto essere fatte in modo diverso?	0	1	2	3	4
8	Ricevi aiuto e supporto dai tuoi colleghi?	4	3	2	1	0
	Ricevi aiuto e supporto dal tuo immediato superiore?	4	3	2	1	0
	Il tuo immediato superiore è disposto ad ascoltare i tuoi problemi di lavoro?	4	3	2	1	0
9	Lavori isolato dai tuoi colleghi?	0	1	2	3	4
	Puoi parlare con i tuoi colleghi mentre lavori?	4	3	2	1	0
10	C'è una buona atmosfera tra te e i tuoi colleghi?	4	3	2	1	0
	Esiste una buona cooperazione tra i colleghi di lavoro?	4	3	2	1	0
	Ti senti parte di un gruppo nel tuo luogo di lavoro?	4	3	2	1	0
11	Sei preoccupato di diventare disoccupato?	0	1	2	3	4
	Sei preoccupato di non trovare un altro lavoro se sei disoccupato?	0	1	2	3	4
	Sei preoccupato di dover rinunciare al lavoro per motivi di salute?	0	1	2	3	4
12	Sei contento del tuo lavoro nel suo insieme, prendendo in considerazione tutto?	4	3	2	1	0
	Sei contento delle persone con cui lavori?	4	3	2	1	0
	Sei contento delle tue prospettive di lavoro?	4	3	2	1	0

		Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
13	Mi sembra di ammalarmi un po' più facilmente delle altre persone	0	1	2	3	4
	Sono sano come tutti quelli che conosco.	4	3	2	1	0
	Mi aspetto che la mia salute peggiori.	4	3	2	1	0
	Devo consultare un medico e assumere medicine regolarmente.	0	1	2	3	4
14	Nelle ultime 4 settimane ti sei sentito così giù di morale che nulla potrebbe tirarti su??	0	1	2	3	4
	Nelle ultime 4 settimane ti sei sentito molto nervoso?	0	1	2	3	4
	Nelle ultime 4 settimane ti sei sentito calmo e pacifico?	4	3	2	1	0
15	Nelle ultime 4 settimane ti sei sentito pieno di energia?	4	3	2	1	0
	Nelle ultime 4 settimane ti sei sentito logorato?	0	1	2	3	4
	Nelle ultime 4 settimane ti sei sentito stanco?	0	1	2	3	4
16	Ho difficoltà a rilassarmi o divertirmi.	0	1	2	3	4
	Non sono in grado di affrontare le altre persone.	0	1	2	3	4
	Ho difficoltà ad essere felice.	0	1	2	3	4
17	Nelle ultime 4 settimane hai avuto mal di stomaco o problemi di stomaco?	0	1	2	3	4
	Nelle ultime 4 settimane hai avuto dolori al petto o al torace?	0	1	2	3	4
	Nelle ultime 4 settimane hai avuto tensione in vari muscoli?	0	1	2	3	4
	Nelle ultime 4 settimane hai avuto difficoltà a dormire?	0	1	2	3	4

		Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
18	Nelle ultime 4 settimane hai avuto problemi di concentrazione?	0	1	2	3	4
	Nelle ultime 4 settimane hai avuto difficoltà a ricordare?	0	1	2	3	4
	Nelle ultime 4 settimane hai avuto difficoltà a prendere decisioni?	0	1	2	3	4
	Nelle ultime 4 settimane hai avuto difficoltà a pensare chiaramente?	0	1	2	3	4
19	Credo di poter affrontare la maggior parte delle situazioni della vita.	4	3	2	1	0
	Sento che ciò che faccio nella mia vita quotidiana è significativo.	4	3	2	1	0
	Non credo di essere in grado di influenzare il mio futuro in larga misura.	0	1	2	3	4
20	Cerchi di scoprire cosa puoi fare per risolvere un problema sul lavoro?	4	3	2	1	0
	Fai qualcosa per risolvere un problema sul lavoro?	4	3	2	1	0
21	Se svolgessi attività fisica temo che potrei farmi male.	0	1	2	3	4
	Il modo più sicuro per evitare che il mio dolore aumenti è assicurarmi di non fare movimenti superflui.	0	1	2	3	4
	Se cercassi di fronteggiare il dolore che provo, esso aumenterebbe.	0	1	2	3	4
22	Ho paura che il dolore possa aumentare.	0	1	2	3	4
	Ho la sensazione di non poter più sopportare il dolore.	0	1	2	3	4
	Il dolore è terribile e penso che non migliorerà più.	0	1	2	3	4

		Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
23	Nel tuo lavoro devi sollevare carichi pesanti (oltre 5 kg)?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro devi tirare o spingere carichi pesanti (oltre 5 kg)?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro devi sollevare un carico lontano dal corpo?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro devi sollevare un carico con una postura scomoda?	0	1	2	3	4
24	Nel tuo lavoro devi piegare il tronco?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro devi ruotare il tronco?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro devi piegare e ruotare (contemporaneamente) il tronco?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro devi sollevare le braccia sopra l'altezza delle spalle?	0	1	2	3	4
25	Nel tuo lavoro devi mantenere posture scomode?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro devi mantenere una posizione ruotata per un tempo prolungato (oltre 30 min)?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro devi mantenere una posizione accovacciata o chinata per un tempo prolungato (oltre 30 min)?	0	1	2	3	4
26	Nel tuo lavoro devi mantenere le stesse posture?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro devi fare sempre gli stessi movimenti con il tuo tronco?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro devi fare piccoli movimenti con le mani / dita ad un ritmo elevato?	0	1	2	3	4
27	Nel tuo lavoro non c'è abbastanza spazio intorno a te per eseguire correttamente il tuo lavoro?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro hai difficoltà ad esercitare una forza sufficiente a causa di posture scomode?	0	1	2	3	4
	Nel tuo lavoro non c'è abbastanza spazio intorno a te per eseguire il tuo lavoro senza piegarti?	0	1	2	3	4

		Mai	Raramente	Qualche volta	Spesso	Sempre
28	Nella tua esperienza di lavoro noti vibrazioni meccaniche o urti?	0	1	2	3	4
	Trasporti strumenti vibranti durante il lavoro?	0	1	2	3	4
	Guidi veicoli durante il lavoro?	0	1	2	3	4

Il sostegno della Commissione europea alla produzione di questa pubblicazione non costituisce un'approvazione del contenuto, che riflette esclusivamente il punto di vista degli autori, e la Commissione non può essere ritenuta responsabile per l'uso che può essere fatto delle informazioni ivi contenute.