

Cuestionario dirigido a trabajadores/as

**Estudio de los distintos factores causantes de
trastornos musculoesqueléticos en el sector
del frío industrial. Propuestas de mejora.**

AS2018-0029

FINANCIADO POR:



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE TRABAJO, MIGRACIONES
Y SEGURIDAD SOCIAL



FUNDACIÓN
ESTATAL PARA
LA PREVENCIÓN
DE RIESGOS
LABORALES, F.S.P.

FALDEFE

Las preguntas que le formulamos se contestan escogiendo entre las alternativas de respuesta que le proponemos. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Asegúrese que comprende la pregunta y posteriormente decídase por aquella que crea que más se ajusta a su caso particular. Para indicar su respuesta debe marcar la casilla o el número correspondiente que hay después de cada pregunta. Por favor, al finalizar revise el cuestionario y compruebe que todas las preguntas están contestadas.

Le agradecemos de antemano su participación. El tratamiento de la información es completamente confidencial y con fines exclusivos de recogida de información para la elaboración de un Estudio de los distintos factores causantes de trastornos musculoesqueléticos en el sector del frío industrial y realizar así propuestas de mejora.

DATOS GENERALES

1. Sexo: Hombre Mujer
2. Año de nacimiento: _____
3. Puesto de trabajo:

4. Lugar en el organigrama de la empresa:
 Base Técnico
5. Antigüedad en la empresa:
_____ años _____ meses
6. Antigüedad en el puesto actual:
_____ años _____ meses
7. Tipo de contrato:
 Indefinido Temporal Autónomo
8. Horario:
 Diurno Vespertino (tardes)
 Nocturno A turnos
9. Actividad principal de la empresa:

10. Numero de trabajadores de la empresa:
 1-25 26-50
 51-100 +100

ACCIDENTES Y BAJAS LABORALES

11. ¿Has padecido algún accidente laboral en el puesto actual? SI NO
 - a. ¿Ha sido debido a lesiones músculo-esqueléticas? SI NO
 - b. ¿Ha tenido relación con la temperatura en su trabajo (frío)? SI NO
 - c. ¿Ha causado baja laboral? SI NO
12. ¿Realizas el reconocimiento médico establecido por la empresa? SI NO
13. ¿Tomas algún tipo de medicamento para reducir las dolencias músculo-esqueléticas? SI NO

DAÑOS MUSCULOESQUELÉTICOS

14. Debido al trabajo has tenido molestias en el último año (elegir tantas como se hayan padecido):
 Cuello Hombros. Lumbares o dorsales
 Codos o antebrazos. Manos o muñecas. Cadera
 Piernas Pies.

15. ¿Ha sido necesario cambio de puesto de trabajo por alguna de las molestias? SI NO

a. ¿Debido a cuál?

- Cuello Hombros Lumbares o dorsales Piernas
Codos o antebrazos Manos o muñecas Cadera Rodillas

16. ¿Cuánto ha durado la última dolencia? (dejar en blanco si no ha padecido dolencia):

	< 1 hora	1-24 horas	1-7 días	1 mes	> 1 mes
CUELLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HOMBRO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DORSAL O LUMBAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CODO O ANTEBRAZO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MUÑECA O MANO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CADERA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIERNA O RODILLA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿En caso de molestias musculo esqueléticas, en que momento de su jornada laboral le producen mayor incomodidad?

Al comienzo <input type="checkbox"/>	A mitad <input type="checkbox"/>	Al final <input type="checkbox"/>
--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------

18. ¿Realizas algún tipo de actividad física? SI NO

En caso afirmativo, indica cual:

CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

19. ¿Ha recibido formación e información sobre los riesgos de su trabajo? SI NO

20. Trabaja en ambientes:

- De 5° a 0° De 0° a -10° Menor a -10°

21. Su trabajo requiere de:

- a. Herramientas manuales SI NO
b. Maquinaria SI NO
c. Manipulación de cargas manuales SI NO

22. El peso que habitualmente maneja está comprendido entre:

- < 5 kg 5 - 14 kg 15 kg - 24 kg ≥ 25 kg

23. ¿Realiza esfuerzos físicos importantes, bruscos o en posición inestable? SI NO

- a. ¿Realizas movimientos de empuje de cargas? SI NO
b. ¿Realizas movimientos en el que tiras de la carga? SI NO
c. ¿Realizas movimientos de pie tipo accionar pedal? SI NO

24. ¿Su trabajo requiere de estar continuamente en postura de pie? SI NO
En caso de haber contestado NO:
a. qué porcentaje aproximado de la jornada pasa de pie: _____%
b. ¿El asiento que usa para trabajar se regula en altura? SI NO
25. ¿Puede establecer las pausas de descanso libremente? SI NO
26. ¿Considera que la temperatura, humedad y espacio del entorno del trabajo se adapta a las tareas que debe realizar? SI NO
27. ¿Dispone de ropa de trabajo/EPIs adecuados a las tareas que realiza? SI NO
28. ¿Dispones de guantes de protección contra el frío? SI NO
29. ¿Al finalizar la jornada, te sientes “especialmente” cansado/a? SI NO
30. ¿Consideras que tu trabajo afecta a tu salud musculo esquelética? SI NO

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!