

## PARTE N.1 INFORMAZIONI GENERALI

1. Nome e Cognome:

---

1. Anno di nascita:

---

2. Sesso:  M  F

3. Anno di corso  III  IV  V  VI

4. Peso (kg): \_\_\_\_\_ Altezza (cm): \_\_\_\_\_

5. Fumi?  NO  SI (anni/fumo \_\_\_\_\_ sigarette/die \_\_\_\_\_)

Ex da anni (Anni fumo \_\_\_\_\_ sig./die \_\_\_\_\_)

7. Sei destrimane o mancino?  Destrimane  Mancino/a  Ambidestro

8. **Attività fisica in passato?**  SI  NO

a. Se si, in passato quale attività fisica hai svolto regolarmente? \_\_\_\_\_

b. Per quanto tempo? \_\_\_\_\_

c. Hai mai avuto qualche lesione significativa nel corso dell'attività sportiva con conseguenze a livello funzionale?  SI (specificare \_\_\_\_\_)  
 NO

9. **Attività fisica attuale?**  SI  NO

a. Se si, quale attività fisica svolgi? \_\_\_\_\_

b. Da quanto tempo fai attività fisica? \_\_\_\_\_

c. Quante volte a settimana fai allenamento fisico?:

Mai  Meno di una volta (ore \_)  1 o 2 volte (ore \_)

3 o più volte (ore \_\_)  ogni giorno (ore \_)

d. Ha mai avuto qualche lesione significativa nel corso dell'attività sportiva con conseguenze a livello funzionale?  SI (Specificare: \_\_\_\_\_)  
 NO

10. Traumi o fratture pregresse **NON** legate all'attività fisica (indicare distretto e anno) \_\_\_\_\_

11. Malattie importanti diagnosticate  SI  NO  Terapia:  
\_\_\_\_\_  ernia discale \_\_\_\_\_  scoliosi

12. Soffri di disturbi visivi?  Miopia  Ipermetropia  Utilizzo lenti a contatto

13. Patologie o disturbi di pertinenza allergologica:

Dermatiti alle mani?  SI  NO  Terapia: \_\_\_\_\_

Rinite allergica?  SI  NO  Terapia: \_\_\_\_\_

Asma allergica?  SI  NO  Terapia: \_\_\_\_\_

14. Svolgi attività extra-tirocinio (studio dentistico privato etc.)?

\_\_\_\_\_ giorni/settimana

15. Quante ore di studio da seduto fai alla settimana?

\_\_\_\_\_ ore/settimana

16. In media quante ore di tirocinio fai alla settimana?

\_\_\_\_\_ ore/settimana

17. In media dopo quante ore di tirocinio fai una pausa? \_\_\_\_\_ ore

18. Quante ore in media al giorno utilizzi strumenti vibranti (micromotore, turbina)? \_\_\_\_\_ ore/die

## PARTE N.2 DOLORE ARTICOLARE NEGLI ULTIMI 3 MESI

Segna con una crocetta il grado di dolore percepito negli ultimi 3 mesi:

Segna con una crocetta il grado che ritieni corretto		Assenza di dolore <span style="font-size: 1.2em;">→</span> Dolore molto forte										
<b>C1</b>	<b>Cervicale/Collo</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
<b>C2</b>	<b>Dorsale</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
<b>C3</b>	<b>Lombosacrale</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
<b>C4</b>	<b>Spalla</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
<b>C5</b>	<b>Gomito</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
<b>C6</b>	<b>Polso/mano</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
<b>C7</b>	<b>Anca</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
<b>C8</b>	<b>Ginocchio</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
<b>C9</b>	<b>Caviglia/Piede</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

Indica l'intensità di stress percepito negli ultimi 3 mesi:

<b>C10</b>	<b>Stress</b>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
------------	---------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

### 19. Negli ultimi 3 mesi per disturbi/dolori articolari:

- a. quanti giorni hai preso medicine? \_\_\_\_\_
- b. quanti giorni di assenza dal tirocinio? \_\_\_\_\_

### 20. Nell'ultimo anno per disturbi/dolori articolari:

- a. quanti giorni hai preso medicine? \_\_\_\_\_
- b. quanti giorni di assenza dal tirocinio? \_\_\_\_\_

<b>Compila per intero questa colonna, anche se non hai avuto nessun disturbo</b>	<b>Compila questa colonna solo se hai risposto SI nella colonna di sinistra.</b>	
Nel corso degli <u>ultimi 12 mesi</u> hai mai avuto disturbi (fastidio, indolenzimento o dolore) a livello delle seguenti regioni del corpo:	Durante gli ultimi 12 mesi, i tuoi disturbi muscolo scheletrici ti hanno mai <b>impedito</b> di svolgere le tue normali attività sia a casa che fuori?	Questi disturbi si sono manifestati negli ultimi 7 giorni?
<b>1. COLLO</b>		
1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì
<b>2. SPALLE</b>		
1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì alla spalla destra 3 <input type="checkbox"/> Sì alla spalla sinistra 4 <input type="checkbox"/> Sì ad entrambe le spalle	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì
<b>3. GOMITI</b>		
1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì al gomito destro 3 <input type="checkbox"/> Sì al gomito sinistro 4 <input type="checkbox"/> Sì ad entrambi i gomiti	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì
<b>4. POLSO/MANO</b>		
1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì al polso/mano destra 3 <input type="checkbox"/> Sì al polso/mano sinistra 4 <input type="checkbox"/> Sì ad entrambi.	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì
<b>5. REGIONE DORSALE</b>		
1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì
<b>6. REGIONE LOMBARE</b>		
1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì
<b>7. UNA O ENTRAMBE LE ANCHE/COSCE</b>		
1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì
<b>8. UNA O ENTRAMBE LE GINOCCHIA</b>		
1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì
<b>9. UNA O ENTRAMBE LE CAVIGLIE/PIEDI</b>		
1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì	1 <input type="checkbox"/> No      2 <input type="checkbox"/> Sì

### PARTE N.3: REQUISITI ERGONOMICI GENERALI

21. Secondo te, le attrezzature dentali che utilizzi per la pratica dentale possono essere regolate ergonomicamente per l'utilizzo individuale?  SI  NO

#### ATTIVITA' SUL PAZIENTE

22. La parte superiore del collo (C1-C3) del paziente è sostenuta durante la pratica dentale?  SI  NO

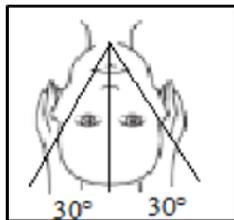
23. Ove necessario, durante la pratica dentale, è possibile portare la testa del paziente in avanti come da figura sottostante?  SI  NO



24. Ove necessario, durante la pratica dentale, è possibile portare la testa del paziente all'indietro (come da figura sottostante)?  SI  NO

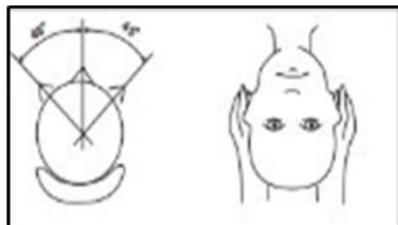


25. Ove necessario, durante la pratica dentale, è possibile portare la testa del paziente lateralmente per più di 30° a destra o a sinistra (vedi figura sottostante)?



SI  NO

26. Ove necessario, durante la pratica dentale, è possibile ruotare la testa del paziente per più di 45°, a destra e a sinistra (vedi figura sottostante)?  SI  NO



#### LAMPADA OPERATORIA

21. Ove necessario, durante la pratica dentale, è possibile regolare la lampada operatoria dentale in base alle necessità?  SI  NO

#### PARTE N.4 POSTURA ASSUNTA DURANTE LA PRATICA DENTALE

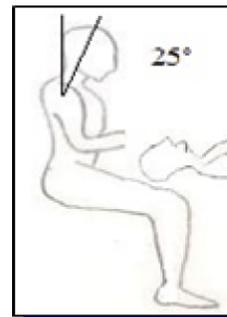
21. Qual è la percentuale di tempo in cui lavori in posizione seduta? \_\_\_\_\_
22. Qual è la percentuale di tempo in cui lavori in piedi? \_\_\_\_\_
23. Sei a conoscenza della postura corretta da adottare durante la pratica clinica?  
SI NO
24. Se si, da dove hai imparato la corretta postura di lavoro? \_\_\_\_\_

Le seguenti domande si riferiscono alla postura seduta mantenuta per più del 50% del tempo della pratica clinica:

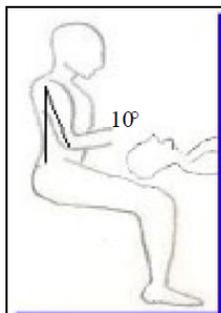
25. Nel corso della pratica clinica, pieghi la testa in avanti per più di 25°? (Vedi figura sottostante) SI NO

Se si, segna la percentuale del tempo in cui ti capita di mantenere la testa piegata in avanti per più di 25 ° in un'ora di pratica dentale:

- a. 10%
- b. 50%
- c. 70%
- d. 100%

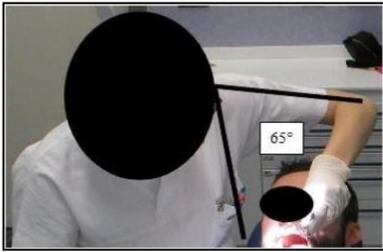


21. Laterofletti o ruoti il tronco nel corso dell'attività lavorativa? SI NO
22. Nel corso della pratica clinica, tieni le braccia in avanti per più di 10° rispetto al tronco (Vedi figura)?



SI NO

23. Nel corso della pratica clinica, tieni i gomiti lontano dal tronco per più di 60° (vedi figura)? SI NO



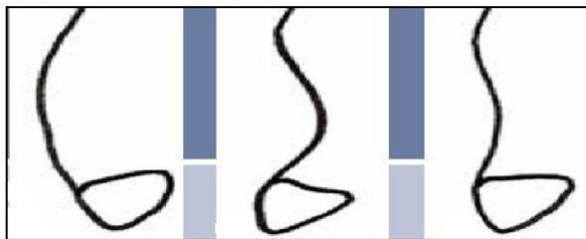
24. Nel corso della pratica clinica, tieni i gomiti piegati per più di 115° (vedi figura)?

SI  NO



25. Come mantieni per la maggior parte del tempo la zona lombare durante la pratica clinica? (barrare una sola risposta)

in cifosi     iperlordosi     neutra



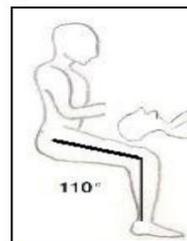
26. Utilizzi il poggiaschiena con sostegno lombare per stirarti o rilassarti?  SI  NO

27. Mantieni i glutei in contatto con lo schienale durante la postura seduta?  SI  NO

28. Tieni le gambe divaricate per più di 45° durante la postura seduta?  SI  NO

29. Tieni le ginocchia piegate per più di 110° durante la postura seduta (vedi figura)?

SI  NO

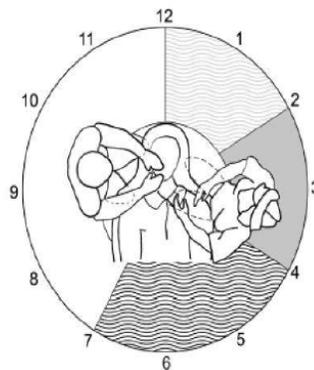


30. Tieni i piedi ben appoggiati al pavimento?

SI  NO

31. Quando lavori in piedi riesci a mettere se necessario un piede su uno sgabellino  
alternativamente?  SI  NO
32. Riesci a prendere gli strumenti di lavoro con facilità durante la pratica clinica in posizione  
seduta?  SI  NO
33. Ritieni sufficiente la possibilità di manovra attorno alla postazione di lavoro?  SI  NO
34. Cambi frequentemente posizione durante la pratica clinica?  SI  NO
35. Dopo la pratica clinica fai esercizi di stretching?  SI  NO
36. La distanza tra il campo di lavoro e gli occhi (occhiali) è più di 40 cm?  SI  NO
37. Pensi che la postazione di lavoro sia sufficientemente illuminata?  SI  NO
38. In riferimento alla figura 1 a quale ora (compresa tra 7 e 12) ti capita di lavorare più  
spesso? (numerare due risposte in ordine di frequenza)

esempio:			
a)7	2°	a)7	
b)8		b)8	
c)9		c)9	
d)10		d)10	
e)11	1°	e)11	
f)12		f)12	



## PARTE N.5 INTERESSE PER UN APPROFONDIMENTO

21. Ritieni utile un approfondimento sulle posture corrette di lavoro?  SI  NO
21. Se si, qual è lo strumento che ritieni più efficace per questo tipo di  
approfondimento? (Barrare una sola risposta)
- opuscolo
  - seminari
  - dimostrazioni pratiche da parte di un fisioterapista
  - dimostrazioni pratiche da parte di un dentista
21. Secondo te è utile includere un corso di Ergonomia nel Corso di Studi di  
Odontoiatria?  SI  NO

**Grazie per la collaborazione!**