

– questo di circa 5 cm – per il supporto per il vassoio attaccato a questo con un meccanismo che permette di variare orizzontalmente la posizione del vassoio. Il primo braccio, fissato sotto la tavoletta medico, può raggiungere fino a 10 cm di lato dalla tavoletta da entrambi i lati, per poter usare il vassoio da entrambi i lati della tavoletta. Qualsiasi ulteriore maniglia disegnata per aiutare il posizionamento della tavoletta non deve interferire con il posizionamento del vassoio e/o il suo supporto.

Allegato 6 : QUESTIONARIO A DISTANZA

Cognome..... Nome

Questionario sul dolore muscoloscheletrico percepito dall'incontro formativo e informativo al quale hai partecipato ad oggi.

Segna con una crocetta il grado che ritieni corretto

Segna con una crocetta il grado che ritieni corretto		Assenza di dolore											Dolore molto forte										
C1	Cervicale/Collo	<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	<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
C2	Dorsale	<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	<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
C3	Lombosacrale	<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	<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
C4	Spalla	<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	<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
C5	Gomito	<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	<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
C6	Polso/mano	<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	<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
C7	Anca	<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	<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
C8	 Ginocchio	<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	<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
C9	Caviglia/Piede	<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	<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

INDICARE LA/LE RISPOSTA/E METTENDO UNA CROCETTA TRA LE PARENTESI

1. I disturbi fisici che provavi al momento dell'incontro formativo e informativo, attualmente sono:

- () migliorati
- () rimasti invariati
- () peggiorati

Negli ultimi 6 mesi per disturbi/dolori articolari:

- a) quanti giorni hai preso medicine? _____gg
- b) quanti giorni di assenza dal tirocinio? _____gg

Insorgono disturbi nel corso dell'utilizzo di strumenti vibranti? () SI () NO

In media dopo quante ore di tirocinio fai una pausa? _____ore

Quante ore in media al giorno utilizzi strumenti vibranti (micromotore, turbina) _____ore

6. Dal termine dell'incontro informativo e formativo ad oggi, hai adottato dei cambiamenti relativi al gesto lavorativo che ti sono stati proposti durante il corso?

SI (passare alla domanda 8) NO (passare alla domanda 9)

8. Se SI, quale/i dei seguenti cambiamenti hai adottato?

applicare alla pratica clinica almeno qualcuno dei suggerimenti forniti dall'incontro informativo e formativo;

chiedo aiuto ai colleghi in caso di necessità;

utilizzo la diga di gomma se lavoro senza l'aiuto di un collega;

eseguo gli esercizi di mobilizzazione e di stretching proposti durante le pause di riposo a disposizione durante l'attività di tirocinio;

ho modificato alcuni comportamenti motori posturali (es. posizione del capo, del tronco, delle spalle);

dinamizzo spesso (circa ogni 20 minuti) la postura che assumo durante la pratica clinica;

riesco a gestire adeguatamente la poltrona del paziente se necessario per riuscire a rispettare i principi ergonomici;

riesco a regolare lo sgabello di lavoro in modo adeguato;

utilizzo sistemi di ingrandimento se necessario;

altro (_____)

9. Se NON hai intenzione di modificare la postura lavorativa, puoi precisarne il/i motivo/i?

preferisci continuare con i vecchi sistemi di lavoro in quanto non hai fiducia nei nuovi insegnamenti;

non riesci a riflettere sulla scelta della postura appropriata e sulla dinamizzazione delle posizioni perché l'ansia relativa al "dover fare in fretta" ha il sopravvento;

non riesci a riflettere sulla scelta della postura appropriata perché preferisci adattarti alle necessità dei pazienti;

non sei sempre sicuro/a di rispettare i principi ergonomici perché non le hai sufficientemente interiorizzate durante il corso;

ti piacerebbe distribuire in modo più equo le tue pause di lavoro durante la giornata di tirocinio ma non è possibile per come è organizzato il lavoro;

10. Sei riuscito/a ad applicare alcuni dei suggerimenti offerti durante il corso anche alla tua vita extralavorativa:

- iniziare una attività fisica moderata e regolare:

qualche volta

quasi sempre

mai

- rispettare i principi ergonomici forniti dal corso informativo e formativo:

qualche volta

quasi sempre

mai

Secondo te, potrebbe essere utile attrezzare tutte le postazioni di lavoro con nuovi sgabelli che rispettino i principi ergonomici esposti durante l'incontro informativo e formativo?
 SI NO

Secondo te, potrebbe essere utile attrezzare tutte le postazioni di lavoro con il supporto del poggiatesta del paziente per permettere l'inclinazione laterale del capo del paziente?
 SI NO

Dopo aver partecipato all'incontro formativo secondo te è utile includere un corso di Ergonomia nel Corso di Studi di Odontoiatria?
 SI NO