


CHECK-LIST DEL DIAGNOSTICO PRECOZ

		<i>SI</i>	<i>Comentarios</i>
1	Ha tenido Ud. accidentes con lesiones a nivel de la nuca, hombros, codos, muñecas, manos ?	<input type="checkbox"/>	
2	Los trabajadores se han quejado de dolores en éstas regiones corporales ?	<input type="checkbox"/>	
3	El trabajo exige muchos movimientos repetitivos ?	<input type="checkbox"/>	
4	Algunas posturas son muy molestas? (torsiones, brazos elevados, brazos separados, flexion/ extension de las muñecas)	<input type="checkbox"/>	
5	El trabajo es muy rápido?	<input type="checkbox"/>	
6	Los mismos gestos o acciones se repiten mucho?	<input type="checkbox"/>	
7	El trabajo exige grandes esfuerzos repetitivos con los brazos o con las muñecas?	<input type="checkbox"/>	
8	El trabajo con las manos es pesado : presión, agarre, golpe, coger con los dedos?	<input type="checkbox"/>	

LISTA DE CHEQUEO ERGONOMICA

1= nunca 2= a veces 3= frecuente (>1/3 tiempo) 4= siempre

	ZONA DEL MIEMBRO SUPERIOR							
	Nuca	Hombro		Codo		Muñeca/ Mano		
			I	D	I	D	I	D
1. Désiaciones (las que sean) de la cabeza en relación a la posición neutra? (rotaciones, inclinaciones laterales, flexiones, extensiones o torsiones)								
2. Posturas, posiciones y/o gestos específicos impuestos por la tarea?								
3. Fases de trabajo dónde el hombro está hacia abajo y atrás con el codo extendido?								
4. Movimientos de la mano y del ante-brazo en un plan horizontal, que ocasionen rotaciones importantes del hombro?								
5. Movimientos dónde el codo se situa a la altura o más alto que el pecho?								
6. Movimientos de torsión del antebrazo? Ej: (atornillar)								
7. Desviaciones en relación al eje neutro de la muñeca? (flexiones o extensiones extremas, desviaciones radiales o cubitales, pro-supinaciones)								
8. Utilización de uno de los agarres siguientes? 								
9. Esfuerzos de elevar, empujar, tirar objetos o herramienta de más de 2 kg?								
10. Manipulación de objetos o herramienta de un peso igual o > a 1 kg por mano?								
11. Utilización de objetos o herramienta con superficies lisas donde se necesite un agarre fijo?								
12. Pulpas de los dedos utilizadas para operaciones de presión de tracción o de empuje?								
13. Esfuerzos estáticos y/o posturas sostenidas durante más de un minuto?								
14. Esfuerzos bruscos o esfuerzos que aumentan rápidamente de intensidad?								
15. Repetición de los mismos gestos por una de las regiones del miembro superior?								
16. Movimientos rápidos por una de las regiones del miembro superior?								
17. Contacto directo con objetos, herramienta, o partes del puesto de trabajo con bordes cortantes o que ocasionen una compresión local?								
18. Utilización de la palma de la mano como herramienta para golpear? (martillo hipotenar)								
19. Mango de la herramienta muy pequeño o muy grande?								
20. Mango de la herramienta induciendo a un trabajo en posición no neutra de la muñeca?								
21. Utilización de herramienta vibrante?								
22. Utilización de guantes?								
23. Exposición al frío ? -por una corriente de aire frío -o por un contacto con un objeto frío - o trabajo al exterior en ambiente frío								
24. Herramienta utilizada provoca sacudidas o chocs en la mano?								
NUMERO TOTAL DE	1							
	2							
	3							
	4							

ZONA(S) CORPORAL(ES) DE MAS RIESGO:.....