

USTANOVA ZA ZDRAVSTVENU SKRB
ADRIA MEDIC ZA MEDICINU RADA
Pazin
www.adriamedic.hr

U P I T N I K

PODACI O ZDRAVSTVENOM STANJU I UVJETIMA PRI RADU SRAČUNALOM

Prezime i ime:
Radno mjesto:
Poslodavac:

UPUTA:

Ovaj upitnik sadrži neka pitanja koja se odnose na Vaše zdravstveno stanje i subjektivne tegobe vezane za rad s računalom, te uvjete rada na Vašem radnom mjestu. Molim Vas da pažljivo pročitate svako pitanje i na njega iskreno odgovorite.

Ovaj upitnik je sastavni dio preventivnog pregleda vezano za rad s računalom sa zaslonom.

Preventivni pregled osoba koje rade s računalom provodi se sukladno s člankom 10. Pravilnika o sigurnosti i zaštiti zdravlja pri radu s računalom (NN 69/05) i Zakonom o zdravstvenom osiguranju zaštite zdravlja na radu (NN 85/06 i 67/08).

Cilj pregleda je rano otkrivanje zdravstvenih tegoba i ozljeda pri radu s računalom i pravovremeno poduzimanje mjera za otklanjanje uzroka i posljedica zdravstvenih smetnji u svezi rada s računalom, a sve s ciljem da se zaštiti zdravlje i očuva radna sposobnost.

Ukupan rani staž: _____

Staž rada na poslovima s računalom sa zaslonom /ekranom: _____

Staž rada na poslovima s računalom sa zaslonom ukupno
4 sata ili više sati tijekom radnog dana; _____

I. RADNO VRIJEME

ujutro

poslije podne

u smjenama

Ukupan broj sati rada na računalu sa zaslonom: _____

Neprekidno sati rada na računalu sa zaslonom: _____

Broj pauza-prekida rada na računalu sa zaslonom: _____

Pauze su:

spontane

organizirane

zbog obavljanja
drugih aktivnosti

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Ostale aktivnosti u toku radnog dana (osim rada na računalu sa zaslonom):

Aktivnosti u slobodno vrijeme (kućanski poslovi, sport i rekreacija, rad u vrtu, pisanje, čitanje, TV – video, rad na računalu, drugo):

II. PSIHOFIZIČKE KARAKTERISTIKE RADA

Položaj tijela pri radu:

sjedeći
stojeći

kombinirano

udoban
neudoban

Fizički napo pri radu:

mali

srednji

velik

Ritam rada:

slobodan

nametnut

Ponavljanje radnih aktivnosti (pokreta dijelova tijela):

rijetko

umjereno

učestalo

Osjećaj umora na kraju radnog dana:

umjeren

srednji

izrazit

III. UVJETI RADNOG MJESTA

Smještaj zaslona:

Položaj:

okomito u odnosu na prozor ili točkasti izvor svjetla	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
okrenut prema prozoru	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
okrenut suprotno od prozora	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>

Ugao nagiba ekrana: _____ °

Refleksija radnih ploha:

na zaslonu	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
radnom stolu, tipkovnici	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>

Blještanje:

zaslona	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
bliže okoline	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>

Treperenje slike:

	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
--	----	--------------------------	----	--------------------------

Boja znakova na zaslonu:

jantarno žuta	<input type="checkbox"/>	zeleno	<input type="checkbox"/>
crno - bijela	<input type="checkbox"/>	obojeni ekran	<input type="checkbox"/>

Dimenzije gledanja:

zaslon u visini vodoravne linije gledanja	<input type="checkbox"/>
zaslon iznad vodoravne linije gledanja	<input type="checkbox"/>
zaslon ispod vodoravne linije gledanja	<input type="checkbox"/>

Udaljenost od očiju:

zaslona	<input type="checkbox"/>	>	<input type="checkbox"/>	50 cm	<	<input type="checkbox"/>
dokumenata	<input type="checkbox"/>	>	<input type="checkbox"/>	50 cm	<	<input type="checkbox"/>

Radni stolac:

podesiv po visini	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
podesiv naslon za leđa	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
naslon za ruke	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>
gibljiva sjedeća ploha	DA	<input type="checkbox"/>	NE	<input type="checkbox"/>

Tipkovnica:

Visina tipkovnice (prednji – stražnji rub) _____ - _____ cm

IV. UVJETI RADNE OKOLINE

Osvjetljenje:

slabo dobro prejako

Izvor:

dnevno svjetlo umjetno difuzno

Dimovi:

nema slabo prisutni prilično izraženi

Psihofizičke smetnje:

	nema	ponekad	često
glavobolja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vertoglavica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nesvjestica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
šum u glavi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
umor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nervoza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depresija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anksioznost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oslabljena memorija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smetnje koncentracije	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nesanica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suhoća u sutima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Srce:</u>			
lupanje srca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bol u području srca u mirovanju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bol u području srca u naporu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Disanje:</u>			
otežano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Probavni organi:</u>			
grčevi u trbuhu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zatvor (opstipacija)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
česte stolice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hemoroidi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smetnje mišićno – koštanog sustava:

	nema	ponekad	često
bolovi u vratu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bolovi u ramenima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bolovi u leđima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bolovi ukrižima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bolovi u rukama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bolovi u laktu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bolovi uzapešću	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bolovi u šaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bolovi u prstima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bol i oticanje stopala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grčevi i težina u nogama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
blijedilo i hladnoća prstiju	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ostale smetnje:

VI. NAVIKE

	DA	NE	bivši ovisnik	količina dnevno:
pušenje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum posljednjeg periodičnog / sistematskog pregleda: _____

Datum posljednjeg pregleda spec. oftalmologa (okuliste): _____

Kako bi općenito ocijenili svoje zdravlje:

odlično dobro osrednje loše

Napomene:

.....

.

.....

.

.....

.

.....

.

.....

Datum: _____

Potpis: _____