

Sig. _____

Data di nascita _____

Azienda _____

Data: _____

VALUTAZIONE DELL'APPARATO MUSCOLO-SCHELETRICO

(originale per il medico competente)

Alterazioni a carico dell'apparato muscolo-scheletrico:

Scoliosi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Iperlordosi lombare	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Cifosi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Altre artropatie	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Disturbi a carico dell'apparato muscolo-scheletrico:

Dolori cervicali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Dolori dorsali	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolori lombari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Cefalea muscolo-tensiva	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Senso di pesantezza alle spalle	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Senso di stanchezza alle braccia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolori ai polsi	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Formicolii notturni arti superiori	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Altro _____

Esame obiettivo: _____

Il medico competente
