



**INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA
 LANCIA EPIDEMIOLOGICA DOLOR LUMBAR
 TELECOMUNICACIONES DE BOGOTA**

**PROGRAMA
 EMPRESA DE**

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO
FECHA DE VALORACION	CEDULA
EDAD	GENERO
ESCOLARIDAD	AREA DE TRABAJO
CARGO ACTUAL	SUPERVISOR
HORAS DE TRABAJO/SEMANA	EXPERIENCIA DE TRABAJO MESES
ANTIGUEDAD EMPRESA	

1. DATOS DE TRABAJO ANTERIORES		años	Manipulación de cargas				Post. Habitual			
Empresa	Oficios		< 12 klg	12- 25 klg	25-50 Klg	>50	Sen	Pie	Camin	Otro

2. ANTECEDENTES PERSONALES

Espondilolisis - espondilolistesi	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	Farmacos	<input type="checkbox"/>	Tendinitis	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de Neurona M.I	<input type="checkbox"/>	Traumas	<input type="checkbox"/>	Osteoartrosis	<input type="checkbox"/>	Insuficiencia Renal	<input type="checkbox"/>
Sobrepeso/Obesidad	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	<input type="checkbox"/>	Fracturas	<input type="checkbox"/>	Enf. Muscular	<input type="checkbox"/>
Hernias Discales	<input type="checkbox"/>	Sindrome Miofascial	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Observaciones/ Especifique

3. EXAMEN FISICO 1 Normal 2 Anormal 3 No Examinado

Estado Nutricional	<input type="checkbox"/>	Observaciones	IMC
Tension Arterial	/ mmHg	Observaciones	
Pulso	ppm	Observaciones	
Peso	kgs	Observaciones	
Talla	cms	Observaciones	
Trofismo Muscular	<input type="checkbox"/>	Observaciones	
Sedentarismo			
Actividad Fisica			

INSPECCION COLUMNA VERTEBRAL

n : normal	a: aumenta	d. disminui		
	C. CERVICAL	C. DORSAL	C. LUMBAR	Observaciones
Lordosis				
Cifosis				
Escoliosis				Observaciones
Izquierda				
Derecha				

PALPACION Contracturas Masas

Localización _____

ARCOS DE MOVIMIENTO

En grados °

MOVIMIENTO	CERVICAL	LUMBAR	Observaciones
Flexión			Observaciones _____
Extensión			Observaciones _____
Inclina. Lateral D			Observaciones _____
Inclina. Lateral I			Observaciones _____
Rotación derecha			Observaciones _____
Rotación Izquierda			Observaciones _____

FLEXIBILIDAD

TEST DE WELLS _____ cms

TEST DE SCHOBER _____ cms

3. SINTOMATOLOGIA

Parestesias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ZONA _____
Hipoestusias	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ZONA _____
Dolor	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ZONA _____
Debilidad	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ZONA _____
Irradiación de Dolor	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ZONA _____
Dolor Occipital		<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ZONA _____
Cervicalgia		<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ZONA _____
Dorsalgia		<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	ZONA _____

OBSERVACIONES _____

PRESENCIA DE SINTOMAS

Mayor a una semana SI NO

Intermitente en multiples ocasiones SI NO

5. Fuerza Muscular

		Normal	Debilidad	
			Izquierdo	Derecho
C. Cervical	Flexión			
	Extensión			
	Inclinación			
	Rotación			
C. Lumbar	Flexión			
	Extensión			
	Inclinación			
	Rotación			
Hombro	Flexión			
	Extensión			
	Abducción			
	Aducción			
	Rotación Int.			
	Rotación Ext.			

	Flexión			
	Extensión			
Cadera	Abduccion			
	Aduccion			
	Rot. Interna			
	Rot. Externa			
Rodilla	Flexion			
	Extension			
Tobillo	Plantiflexion			
	Dorsiflexion			
	Eversion			
	Inversion			

MIEMBROS INFERIORES

Atrofia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizaciór	
Hipertrofia	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizaciór	
Estructuras Anorm	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Localizaciór	

6 .CONDICIONES ERGONOMICAS DEL PUESTO DE TRABAJO

Marque con X NUNCA 1 OCASIONAL 2 CONTINUO 3

a. PUNTOS ANATÓMICOS

	1	3	5
Columna Cervical : > 30° de flexión con desviaciones de la línea media.			
Columna Dorso – Lumbar > de 20° de flexión con inclinación o extensión o rotaciones			
Hombro : Abducción > de 45° y flexión > de 110°			
Muñeca o Puño: > 15° de dorsiflexión			
Dedos : Trabajos de precisión, pinzas, agarres			
Trabajos de presión, digitación, movimiento repetitivo.			
Caderas: Postura sedente, flexión > 90°			
Rodillas: Flexión > 90°			
Cuellos de Pie : Plantiflexión o Dorsiflexión > a 20°			

b. CONDICIONES AMBIENTALES

Trabajo con mala iluminación			
Trabaja a bajas temperaturas			
Trabaja a altas temperaturas			
El nivel de ruido es alto			
Las herramientas que utiliza provoca vibraciones			
Trabajo presenta olores, gases			
Espacios para trabajar son insuficientes			
Espacios de trabajo presentan poco aseo			
Espacios de trabajo presentan poca accesibilidad			
Terreno de desplazamiento irregular			
No hay buena señalización			
Las herramientas de trabajo se encuentran lejos del puesto			
No tiene buenas relaciones con su supervisor o jefe inmediato			

c. CARGA FÍSICA Y ESFUERZO FÍSICO

El trabajo requiere repetir continuamente los mismos gestos, en las mismas posturas y con los mismos esfuerzos			
El trabajo es repetitivo, posturas mantenidas, antigravitacionales			
El cuello, presenta flexiones o inclinaciones repetitivas y forzadas.			
Manipulación de cargas > a 25 Kls			
Postura Sedente > de 4 Horas			
En posición sedente debe hacer giros sobre el tronco			

<i>Se permite cambios de postura frecuentemente</i>			
<i>Las silla o soporte utilizado no permite adaptarse a las necesidades dimensionales y funcionales de trabajador</i>			
<i>Inclinaciones de tronco mayores a 30°</i>			
<i>El trabajo requiere rotacion de tronco > a 15°</i>			
<i>El trabajo requiere posiciones de rodillas</i>			
<i>El trabajo requiere posiciones de rodilla con brazos por encima de cabeza</i>			
<i>Las manos están flexionadas de manera forzada.</i>			
<i>Levanta carga sin ayuda mecánica</i>			
<i>Los planos para cargas o descargar son muy altos o muy bajos</i>			
<i>Los objetos levantados son de difícil manipulación</i>			
<i>La ayuda mecánica es inadecuada</i>			
<i>La ayuda mecanica presenta problemas de mantenimiento o adaptacion al trabajo</i>			
<i>El trabajador transporta la carga por más de 50 mts</i>			
<i>Durante el recorrido se presentan obstaculos para el transporte de la carga</i>			

d. ORGANIZACIÓN DE TRABAJO

<i>Jornada de trabajo > de 8 horas</i>			
<i>Durante la jornada no toma los periodos de descanso</i>			
<i>Su trabajo requiere de sintetizar / Analizar / Calcular /continuamente</i>			
<i>Organizar – ubicar /Recopilar información en archivos</i>			
<i>Debe Aconsejar / instruir/ Supervisar/Coordinar /Negociar</i>			
<i>No permite la toma de decisiones / No es autónomo / Recibir Instrucciones</i>			
<i>Tiene trabajo acumulado</i>			
<i>Esta toda la jornada laboral en una oficina</i>			
<i>Cree que las condiciones de su puesto de trabajo son desfavorables para su tarea.</i>			

e. DISEÑO DE LA ESTACION DE TRABAJO (oficina)

<i>La pantalla no tiene posibilidad de regular la altura, inclinación, giro</i>			
<i>La pantalla no tiene la posibilidad de cambio enfrente al operario o de desplazamiento</i>			
<i>No existen elemento que permitan apoyar los documentos en su puesto de trabajo?</i>			
<i>Los documentos no presentan buena legibilidad</i>			
<i>El teclado no presenta inclinación</i>			
<i>Tiene obstáculos debajo de la mesa</i>			
<i>Su puesto de trabajo no presenta reposapiés</i>			
<i>El reposapiés no tiene regulación</i>			
<i>La silla no es ajustable en altura</i>			
<i>La silla no es ajustable en inclinación.</i>			
<i>La silla no presenta respaldo a nivel ínter escapular</i>			
<i>La silla no presenta apoyabrazos</i>			
<i>La silla no presenta rodachinas</i>			
<i>Presenta obstaculos en las vías de acceso a la oficina</i>			

f. HERRAMIENTAS E INSTRUMENTOS DE TRABAJO

<i>No se proporcionan herramientas necesarias para el desarrollo de las labores</i>			
<i>Las herramientas o instrumentos que se proporcionan no son cómodos de manejar</i>			
<i>La herramienta o instrumento no tiene asa o correa para transportarla</i>			
<i>El peso excesivo de la herramienta provoca hiperextensión de la muñeca</i>			
<i>La forma y posición del mango no estan diseñadas para un buen agarre</i>			
<i>Los bordes cortantes del equipo o de herramienta pueden causar lesiones</i>			
<i>Usa elementos de protección personal para el manejo de herramientas</i>			
<i>El uso de las herramientas de trabajo es mayor a 4 horas diarias continuas</i>			

TOTAL	0	0	0
--------------	----------	----------	----------

Paraclínicos		Requiere					
Radiografía de columna.	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Observaciones			
Resonancia Nuclear Magnética	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Observaciones			
Tomografía Axial Computarizada	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/> Observaciones			
RESULTADOS							
PROCESO ADMINISTRATIVO DE CALIFICACION DE ORIGEN DE LA ENFERMEDAD							
Fecha de inicio de Calificación							
Fecha procesos Quirúrgicos			Tiempo de espera de Cirugía.				
Tiempo de espera de Calificación							
<table border="1"> <tr> <td style="background-color: red; color: white;">RIESGO ALTO</td> </tr> <tr> <td style="background-color: blue; color: white;">RIESGO MEDIO</td> </tr> <tr> <td style="background-color: lightgrey;">RIESGO BAJO</td> </tr> </table>					RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO BAJO
RIESGO ALTO							
RIESGO MEDIO							
RIESGO BAJO							