



G CONSELLERIA  
O HISENDA  
I ADMINISTRACIONS  
B PÚBLIQUES

SERVEI DE PREVENCIÓ DE RISCS LABORALS

## TELETREBALL

TST01	TEST DE SALUT TOTAL
-------	---------------------

DATA		DNI		CONSELLERIA	
LLINATGES				NOM	
LLOC DE TREBALL				UNITAT ORGÀNICA	
DIRECCIÓ DEL LLOC DE TREBALL				LOCALITAT	
TELÈFON/S DE CONTACTE				CORREU ELECT.	
Descripció de les tasques bàsiques que feis:					
Data de naixement		Estudis fets	Elementals		Batxillerat/Form.Prof.
			Diplomatura/Eng. Tèc.		Llicenciatura/Enginyeria
EDAT		Teniu algun tipus de minusvalidesa?	Física		Altres
En situació d'embaràs o part recent			Data del part		

### INSTRUCCIONS PER EMPLENAR EL DOCUMENT

Contesteu si heu experimentat canvis **DARRERAMENT** relacionats amb algunes de les qüestions que es demanen. Assenyalau amb una **X** l'opció de resposta que penseu que reflecteix millor la vostra **situació actual**. Teniu en compte que no hi respostes bones ni dolentes.

	SÍ	DES DE SEMPRES	NO
1. Heu notat canvis de gana?			
2. Teniu mal d'estómac diverses vegades per setmana?			
3. Teniu més mals de cap del que és habitual?			
4. Us costa dormir o dormiu pitjor del que solíeu fer-ho?			
5. Perdeu la memòria?			
6. En general, estau de més mal humor?			
7. Estau més nerviós/osa, irritable o en tensió?			
8. Us preocupau innecessàriament més del que és normal?			
9. Heu tingut sensació de sufocació o ofegament, sense haver fet esforç físic?			
10. Notau pesadesa de cap o taponament de nas, que abans no teníeu?			
11. Heu tingut darrerament moments d'inquietud que us han impedit estar quiet/a?			
12. Heu passat dies, setmanes o fins i tot mesos retardant obligacions perquè no us sentíeu amb ganes de començar?			
13. Teniu sensació de fatiga?			
14. Teniu palpitations que abans no teníeu?			
15. Heu sofert algun acubament darrerament?			
16. Heu tingut sensacions de suor freda?			
17. Us tremolen les mans?			
18. Teniu preocupacions que arriben a fer-vos sentir físicament malalt/a?			
19. Us sentiu aïllat/ada o tot/a sol/a, encara que estigueu entre amics?			
20. Teniu la impressió que darrerament tot us surt malament?			
21. Teniu la sensació que res no val realment la pena?			
22. Considerau que l'aparició d'aquests símptomes són conseqüència de la vostra activitat laboral?			



G CONSELLERIA  
O HISENDA  
I I ADMINISTRACIONS  
B PÚBLIQUES

## SERVEI DE PREVENCIÓ DE RISCS LABORALS

LLINATGES	NOM
-----------	-----

PVD01	USUARIS DE PANTALLES DE VISUALITZACIÓ DE DADES
-------	--

		SÍ/REGULAR/NO		
1	Teniu espai suficient al voltant del vostre lloc per accedir-hi, com també per aixecar-vos i seure sense dificultat.			
2	Assegut/da en el vostre lloc, teniu espai suficient per col·locar les cames i fer canvis de postura sense dificultat.			
3.1	Notau moviments o vibracions indesitjables en la imatge i trobau que els caràcters de la pantalla no es distingeixen correctament.			
3.2	Podeu regular fàcilment la inclinació, l'alçària i el gir de la vostra pantalla.			
3.3	Entre la pantalla i els ulls hi ha més de 40 cm (aproximadament l'equivalent a dos pams).			
3.4	Hi ha un espai mínim de 10 cm per recolzar les mans i/o avantbraços entre el teclat i el cantell de la taula.			
3.5	Teniu un espai adequat que us permet manejar amb comoditat el ratolí.			
3.6	Les dimensions de la superfície de treball són suficients per situar tots els elements (pantalles, teclat, documents, material accessori) còmodament.			
3.7	Si s'utilitzeu un faristol o portadocuments, es troba col·locat a una altura i distància similar a la de la pantalla, amb la finalitat de reduir els esforços d'acomodació visual			
3.8	La cadira de feina és regulable en altura, el respall és reclinable i teniu cinc punts de suport (rodes).			
3.9	Durant la vostra feina podeu descansar bé els peus en terra.			
4	Esteu asseguts en la mateixa posició durant llargs períodes de temps, sense canviar de postura regularment, i sense fer pauses curtes però freqüents en períodes intensos d'ús de l'ordinador			
5.1	Considerau que la lluminositat en el vostre lloc de treball és suficient.			
5.2	Teniu finestres o focus de llum que us provoquen reflexos a la pantalla o enlluernaments molestos.			
6	Sentiu molèsties en acabar la jornada laboral derivades de la postura incòmoda que heu de mantenir per fer la vostra feina.			

Vols fer algun comentari?:	Observacions del tècnic:

Declar que les dades que faig constar en aquest document són vertaderes i fidedignes. Les dades consignades són confidencials i **només s'han de lliurar al Servei de Prevenció.**

**SIGNATURA**