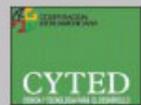


**Jornada Internacional sobre el impacto ambiental del mercurio
utilizado por la minería aurífera artesanal en Iberoamérica**

*Lima, Perú
26, 27 y 28 de setiembre de 2001*

Auspicio:
CYTED
GAMA (COSUDE, MEM)
CONCYTEC, CONAM



MINAS DE ALMADEN Y ARRAYANES, S.A.
AREA DE PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES

CUESTIONARIO ESPECIFICO PARA EL RIESGO MERCURIO

ANAMNESIS

1.- DATOS DE IDENTIFICACION	////////////////////////////////////
1.1.- N° Historia Clinica	
1.2.- Apellidos	
1.3.- Nombre	
1.4.- Edad (años)	
1.5.- Fecha de Nacimiento	
1.6.- Lugar de Nacimiento	
1.7.- Estado Civil	
1.8.- Lugar de residencia	
1.9.- Dirección	
1.10.- Teléfono	
1.11.- DNI	
1.12.- Sexo	

2.- DATOS LABORALES	//////////////////////////////////// ///
2.1.- Empresa actual	
2.2.- Antigüedad en la empresa (años)	
2.3.- Puesto de trabajo actual	
2.4.- Exposición al mercurio	No consta // No expuesto // Exp. Ocasional Exp. Ligera // Exp. Moderada // Exp. Intensa.
2.5.- Exposición a otros riesgos	SI // NO // Dudoso // No consta
2.6.- Antigüedad en el puesto	No consta // < 1 año // 1-4 años // 5-9 años // 10-19 años // > 20 años
2.7.- Turno	Mañana // Tarde // Noche // A turnos
2.8.- Exposición anterior a neuro- nefrotoxicos (Pb, Cr, Cd, As, Be, disolventes)	SI // NO // Dudoso // No consta
2.9.- Exposición anterior a otros riesgos	SI // NO // Dudoso // No consta

3.- HABITOS TOXICOS	//////////////////////////////////// ///
3.1.- Tabaco	No consta // Fumador // No fumador // Ex-fumador > 1 año
3.2.- Si es fumador	< 10 cig./dia // 10-20 // > 20
3.3.- Años de fumador	
3.4.- Tipo de tabaco	
3.5.- Alcohol	No consta // Abstemio // Bebedor
3.6.- Vino/día (cc)	
3.7.- Cerveza/día (cc)	

3.8.- Destilados (cc)	
3.9.- Gramos alcohol/día	0,8 x cc. bebida x grado alcoholismo / 100
3.10.- Cafés/día	
3.11.- Medicación de forma habitual	

4.- HABITOS HIGIENICOS	//////////////////////////////////// ///
4.1.- Numero de visitas al dentista por año	
4.2.- Numero de extracciones	
4.3.- Numero de empastes	
4.4.- Cepillado de dientes	Diario // Ocasional // Nunca
4.5.- Ducha en casa	Mañana // Noche
4.6.- Lavado de manos previo a toma de alimentos.	SI // NO
4.7.- Ropa de trabajo	No consta // Mono entero // camisa-pantalon // Otro tipo
4.8.- Cuantas veces por semana se cambia la ropa de trabajo	No consta // Una vez // Dos ó mas
4.9.- Lleva habitualmente la ropa a lavar a casa	No consta // Nunca // A veces // Siempre
4.10.- Actividad fisica	
4.11.- Protecciones individuales	

5.- HABITOS DIETETICOS	//////////////////////////////////// ///
5.1.- Pescado	No consta // < 2 veces // De 3 a 5 // > 5 veces
5.2.- Carne	No consta // < 2 veces // De 3 a 5 // > 5 veces
5.3.- Legumbres / hortalizas	No consta // < 2 veces // De 3 a 5 // > 5 veces
5.4.- Leche y derivados	No consta // < 2 veces // De 3 a 5 // > 5 veces
5.5.- Fruta	No consta // < 2 veces // De 3 a 5 // > 5 veces

6.- ANTECEDENTES PERSONALES	//////////////////////////////////// ///
6.1.- Tipo de antecedentes a valorar	Diabetes // Hiperuricemia // Gota // Cólicos nefríticos // HTA // Pielonefritis // Glomerulonefritis // Consumo habitual analgésicos // Dermatitis alérgica al Hg // Hipercolesterolemia // Otros :
6.2.- Intervenciones quirúrgicas	

7.- SINTOMATOLOGIA SUBJETIVA	//////////////////////////////////// ///
7.1.- Necesita anotar las cosas que debe realizar durante el día	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.2.- Tiene que verificar a menudo cosas que ya ha hecho (cerrar puertas,gas)	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.3.- Le dicen sus familiares/amigos que tiene mala memoria	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.4.- Se siente cansado y con poca fuerza física	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.5.- Le duele la cabeza	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.6.- Ha perdido interés por las cosas cotidianas de la vida	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.7.- Nota alguna opresión en el pecho	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.8.- Le cuesta conciliar el sueño	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.9.- Se despierta por la noche sin motivo aparente	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.10.- Tiene malos sueños o pesadillas	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.11.- Se duerme viendo televisión	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.12.- Nota calambres en los músculos de las pantorrillas	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.13.- Nota pinchazos en las manos	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.14.- Nota pinchazos en las piernas	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.15.- Le duelen las piernas durante la noche	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.16.- Le escuecen o lloran los ojos	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.17.- Nota irritación y/o picor en nariz	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre

7.18.- Nota irritación y/o picor en la garganta	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.19.- Nota que las cosas alrededor suyo se mueven (vértigo)	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.20.- Presenta sudación fácil-abundante	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.21.- Le tiemblan los dedos de las manos	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.22.- Si tiene temblores. Le impiden actos como: escribir, abrocharse botones, beber en vaso, tomar sopa .	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.23.- Le tiemblan los párpados	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.24.- Se pone nervioso o se irrita con facilidad	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.25.- Le cuesta relajarse y/o se preocupa en exceso por el futuro	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.26.- Alteraciones gastrointestinales : náuseas / vómitos / diarrea / digestiones pesadas / flatulencia / dispepsia gástrica / dispepsia biliar	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.27.- Pérdida de apetito	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.28.- Pérdida de peso	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.29.- Cuantos Kilos	
7.30.- Pérdida de peso en cuanto tiempo	
7.31.- Inflamación de muelas	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.32.- Aumento de la salivación	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.33.- Sangrado de encías	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.34.- Úlceras bucales	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.35.- Mal sabor de boca	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.36.- Sabor metálico	No consta // Nunca // A veces // A menudo // Casi siempre
7.37.- Pérdida brusca de visión	SI // NO
7.37.- Pérdida brusca de audición	SI // NO
7.38.- Apatía sexual	
7.39.- Alteraciones en la micción	Disuria / Coluria / Polaquiuria / Nicturia

EXPLORACION FISICA Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

8.- DATOS ANTROPOMETRICOS	//////////////////////////////////// ///
8.1.- Peso (Kg)	
8.2.- Talla (cm)	
8.3.- Indice Masa Corporal	
8.4.- Normopeso	
8.5.- Sobrepeso	
8.6.- Obesidad	Grado I // Grado II // Grado III

9.- CAVIDAD BUCOFARINGEA	//////////////////////////////////// ///
9.1.- Estado de la dentadura	No consta // Dentadura sana // 1-3 piezas perdidas // > 3 piezas perdidas
9.2.- N° de empastes-amalgamas	No consta // > 3 empastes // 3 ó mas
9.3.- Signos y/o sintomas atribuibles a Hg	SI // NO
9.4.- Tipo de trastorno	Gingivitis // Gingovorragias // Aftas // Estomatitis // Sialorrea // Ribete gingival

10.- EXAMEN O.R.L	//////////////////////////////////// ///
10.1.- Audiometria	No consta // Normal // Hipoacusia neurosensorial leve // Hipoacusia neurosensorial moderada // Hipoacusia neurosensorial avanzada // Hipoacusia de transmisión // Mixta // Otras patologias
10.2.- Otoscopia	No consta // Normal // Dudosa // Alterada
10.3.- Rinoscopia	No consta // Normal // Dudosa // Alterada
10.4.- Tipo de alteración	Hiperemia // costras/ulceras // perforación septum nasal

11.- EXAMEN VISUAL	//////////////////////////////////// ///
11.1.- Agudeza visual cercana y lejana	No consta // Normal // Alterada
11.2.- Motilidad extrínseca-intrínseca	No consta // Normal // Alterada
11.3.- Exploración polo anterior del ojo	No consta // Normal // Alterada
11.4.- Presencia de cataratas	No consta // SI // NO

11.5.- Campimetria	No consta // Normal // Alterada
11.6.- Sensibilidad cromática	No consta // Normal // Dudosa // Alteración congénita // Alt. Adquirida

12.- EXAMEN CARDIOCIRCULATORIO	//////////////////////////////////// ///
12.1.- Auscultación cardiaca	No consta // Normal // Alterada
12.2.- Frecuencia cardiaca	No consta // Normal // Alterada < 60 ó > 100
12.3.- Tensión arterial (mmHg)	TAS : / TAD : No consta // Normal // Alterada

13.- RADIOLOGIA	//////////////////////////////////// ///
13.1.- RX tórax - AP y L	No consta // Normal // Alterada
13.2.- Tipo de lesion	

14.- EXAMEN RESPIRATORIO	//////////////////////////////////// ///
14.1.- Auscultación respiratoria	No consta // Normal // Dudosa // Alterada
14.2.- Tipo de lesión	
14.3.- Pruebas Funcionales Respiratorias	FVC: // FEV ₁ : // FEV ₁ /FVC: // No consta // Normal // Patrón Obstrutivo Patrón Restrictivo Patrón Mixto

15.- EXAMEN CUTANEO	//////////////////////////////////// ///
15.1.- Inspección	No consta // Normal // Dermatitis contacto // Otras dermatitis //
15.2.- Descripción de la lesión	
15.3.- Ubicación anatómica de la lesión	

16.- EXAMEN SISTEMA NERVIOSO	//////////////////////////////////// ///
16.1.- Exploración Sistema Nervioso Central	No consta // Normal // Dudoso // Alterado
16.1.1.- Test de Inteligencia (opcional)	No consta // Normal // Dudoso // Alterado
16.1.2.- Test de Funciones Psicomotrices	No consta // Normal // Dudoso //

(opcional)	Alterado
16.1.3.- Test de Memoria Reciente (opcional)	No consta // Normal // Dudoso // Alterado
16.2.- Exploración Cerebelosa	No consta // Normal // Dudosa // Alterada
16.2.1.- Prueba dedo-nariz	No consta // Normal // Dudoso // Alterado
16.2.2.- Prueba indice-indice	No consta // Normal // Dudoso // Alterado

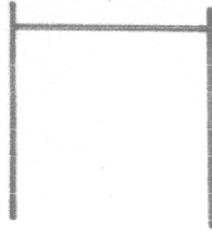
	Fecha							
ORINA								
Sedimento								
Densidad								
Sangre								
Bilirrubina								
C.Cetonicos								
Glucosa								
Proteínas								
PH								

FECHA							
BIOQUIMICA							
Glucosa (mg/100 ml)							
Colesterol (mg/100 ml)							
Proteínas totales (gr/dl)							
Creatinina (mg/100 cc)							
Hiperuricemia (mg/100 cc)							
PROTEINURIA BAJO PESO MOLECULAR							
Beta-2-microglobulina (mg/gr creatinina)							
ENZIMURIA							
NAG (UI/L)							
Ganma-GTAJ (UI/L)							

ESTUDIO TREMOGRAFICO

1.- ESCRIBA SU NOMBRE Y APELLIDOS

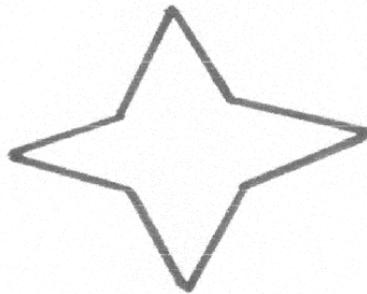
2.- INSERTE ENTRE LAS DOS LINEAS VERTICALES DOS LINEAS HORIZONTALES IGUALES A LA EXISTENTE.



3.- DIBUJE UNA LINEA SIGUIENDO EL CONTORNO DE LA LINEA ONDULADA POR SU PARTE INFERIOR. PROCURANDO NO TOCARLA.



4.- DIBUJE UNA LINEA SIGUIENDO EL CONTORNO DE LA ESTRELLA POR SU INTERIOR. PROCURANDO NO TOCARLA.



VALORACION :

COMENTARIOS CLINICOS

Medico que cumplimenta Cuestionario:

Fecha:

