

## LISTADO DE LOS EXAMENES Y ANALISIS COMPLEMENTARIOS GENERALES

I. Examen físico completo, que abarque todos los aparatos y sistemas, incluyendo agudeza visual cercana y lejana.

II. Radiografía panorámica de tórax.

III. Electrocardiograma.

IV. Exámenes de laboratorio:

A. Hemograma completo.

B. Eritrosedimentación.

C. Uremia.

D. Glucemia.

E. Orina completa.

V. Estudios neurológicos y psicológicos cuando las actividades a desarrollar por el postulante puedan significar riesgos para sí, terceros o instalaciones (por ejemplo conductores de automotores, grúas, autoelevadores, trabajos en altura, etcétera).

VI. Declaración jurada del postulante o trabajador respecto a las patologías de su conocimiento.

ANEXO II

**LISTADO DE LOS EXAMENES Y ANALISIS COMPLEMENTARIOS ESPECIFICOS DE ACUERDO A LOS AGENTES DE RIESGO PRESENTES EN EL AMBIENTE DE TRABAJO**

AGENTES QUIMICOS Frecuencia semestral Agente de Riesgo	Estudio específico
Isocianatos orgánicos	Espirometría.
Mercurio inorgánico	Eliminación urinaria de mercurio. Examen con orientación neurológica.
Tricloroetileno y tetracloroetileno	Acido tricloroacético en orina.
Benceno	Hemograma completo. Recuento de plaquetas. Determinación de Ácido TT Mucónico.
Tolueno	Determinación de Ortocresol.
Xileno	Determinación de ácido metil-hipúrico en orina.
n-Hexano	2,5 hexanodiona en orina.

AGENTES QUIMICOS	
Frecuencia semestral	
Agente de Riesgo	Estudio específico
Plomo y sus compuestos	Plumbemia o protoporfirina eritrocitaria (PPE). Acido delta-aminolevulínico en orina (ALAU).
Cadmio	Determinación de proteinuria.
Metil-butílicetona	2,5 hexanodiona en orina.
Alcohol metílico	Metanol en orina.
Cromo y sus compuestos	Determinación de proteinuria. Cromo en orina. Espirometría (Anual). Rinoscopia. (Anual).
Sulfuro de carbono	Ácido 2-Tiotiazolidin- 4-Carboxílico.

Aminas aromáticas y sus derivados	Metahemoglobinemia.
Oxido de Etileno	Hemograma Completo. Recuento de Plaquetas.
Derivados Halogenados de los Hidrocarburos Aromáticos	4-Clorocatecol o Pentaclorofenol en orina.

Frecuencia anual	
Agente de Riesgo	Estudio Específico

Arsénico	Arsénico en orina. Examen con orientación neurológica.
Berilio	Rx tórax (cada 2 años). Espirometría.
Manganeso	Examen con orientación neurológica.
Cloruro de vinilo	Hepatograma completo (BbD.I y-T-GOT-GPT-FAL) Determinación de ácido mandélico en orina o Determinación de ácido fenilglioxílico en orina.
Estireno	
Derivados del Fenol	Fenol en Orina o PentacloroFenol.
Nitroderivados	Metahemoglobinemia.
Flúor	Flúor en orina.
Fósforo y sus compuestos	Exploración odontoestomatológica. Orina Completa y Hepatograma Completo.
Organofosforados y carbamatos	Determinación de colinesterasa eritrocitaria.
Monóxido de carbono	Carboxihemoglobinemia.
Acido cianhídrico y cianuros	Tiocianatos urinarios.
Niquel	Examen de la piel. Niquel en orina.
Sílice	Espirometría (Anual). Rx tórax (cada dos años).

Asbesto	Espirometría (Anual). Rx tórax (cada dos años)
Riesgo de Otras Neumoconiosis	Espirometría. Rx tórax (cada dos años)
Riesgo de Alveolitis extrínsecas	Espirometría. Rx de tórax (cada dos años).
Otros agentes químicos incluidos en el Decreto N° 658/96	Estudios necesarios para la detección temprana de la patología correspondiente.

AGENTES FISICOS	
Frecuencia semestral	
Agente de Riesgo	Estudio específico
Radiaciones ionizantes (Radiaciones $\alpha$ , $\beta$ , $\delta$ , Rx y Neutrones)	Hemograma completo. Recuento de reticulocitos.

AGENTES FISICOS	
Frecuencia anual	
Agente de Riesgo	Estudio específico
Radiaciones no ionizantes (Rayos ultravioletas e infrarrojos)	Examen oftalmológico.
Ruido	Audiometría tonal (vías aérea y ósea).
Vibraciones	Examen corporal del segmento comprometido.
Sobrecarga del uso de la voz.	Examen clínico con orientación ORL. Cuestionario direccionado. (*) Examen externo de los ojos. (Examen de la motilidad ocular, medición de la agudeza visual y medición del campo visual). Cuestionario direccionado. (*) Estudios necesarios para la detección temprana de la patología correspondiente.
Iluminación insuficiente	
Otros agentes físicos incluidos en el Decreto N° 658/96	

AGENTES BIOLOGICOS	
Frecuencia anual	
Agente de Riesgo	Estudio específico
Riesgos de Brucelosis	Reacción de Huddleson.
Riesgo de Tuberculosis	Rx de tórax.
Otros agentes biológicos incluidos en el Decreto N° 658/96	Estudios necesarios para la detección temprana de la patología correspondiente.

RIESGOS POR FALTA DE ERGONOMÍA	
Frecuencia anual	
Agente de Riesgo	Estudio específico
Posiciones forzadas y gestos repetitivos en el trabajo	Examen del segmento corporal comprometido. Cuestionario direccionado (*).

ANEXO III

#### AGENTE DE RIESGO: SOBRECARGA DEL USO DE LA VOZ

#### CUESTIONARIO DIRECCIONADO

#### Criterios de exposición al Riesgo

Está orientado a docentes con actividad frente al curso con una cantidad de horas igual o mayor al nivel de acción: DIECIOCHO (18) horas cátedra o TRECE horas y media (13.5) reloj por semana.

Para docentes que se desempeñen en diferentes Establecimientos (Público/Público; Público/Privado; Privado/Privado) a los fines del cómputo de horas cátedra – semanales DIECIOCHO (18) horas y TRECE horas y media (13,5) reloj por semana, se computará la suma total que trabajen en distintos Establecimientos. En estos casos, la A.R.T. que corresponda al empleador donde el docente registre la mayor cantidad de horas, será la obligada a realizar el presente cuestionario direccionado. Se especificará: nivel educativo en donde desempeña tareas: ej. pre-primario, primario, secundario, terciario, universitario; antigüedad en la actividad/establecimiento y los aspectos técnicos del ambiente de trabajo; condiciones acústicas; ámbito físico (reverberación – ruido) ej.: tamaño del aula, material de su construcción, presencia de ruido externo, etc.

Lugar.....Fecha.....Hora.....

EMPRESA:	CUIT:
ESTABLECIMIENTO	CUIT:
DIRECCIÓN COMPLETA (Lugar donde se desempeña el trabajador)	

#### Datos del Trabajador:

Apellido y Nombre: .....

CUIL / DNI N°: .....

Sexo: M  F

Fecha de nacimiento: ...../...../.....

Puesto de Trabajo: .....

Antigüedad en la Empresa: .....

#### Docente Titular/ Suplente

Carga Horaria: .....

Nivel educativo donde trabaja:

Pre-Primario

Primario

Secundario

Terciario

Universitario

Cantidad de alumnos: .....

**HÁBITOS**

Toma alcohol SI  NO  Otras actividades c/esfuerzo de voz SI  NO   
Fuma SI  NO  Cuántos..... Desde.....

Toma Medicación SI  NO Cuál.....

**ANTECEDENTES**

Respiratorios.....

Alérgicos.....

Quirúrgicos.....

Digestivos Hernia Hiatal SI  NO  Reflujo Gastroesofágico SI  NO

Tiroideos:.....

Otros:.....

Disfonía Funcional SI  NO  Desde.....

Laringitis Crónica SI  NO  Desde.....

Pólipos laríngeos.....

Nódulos vocales.....

Otras.....

Características subjetivas de la voz.....

OBSERVACIONES.....

.....

.....

.....

Firma y sello del Médico

Firma y aclaración del trabajador

**ANEXO IV**

**AGENTE: ILUMINACIÓN INSUFICIENTE**

**CUESTIONARIO DIRECCIONADO**

**Criterio de exposición al riesgo**

Está orientado a trabajadores de minas o galerías subterráneas

Lugar..... Fecha..... Hora.....

EMPRESA:	CUIT:
ESTABLECIMIENTO	CUIT:
DIRECCIÓN COMPLETA (Lugar donde se desempeña el trabajador))	

**Datos del Trabajador:**

Apellido y Nombre:.....

CUIL / DNI N°:.....

Sexo: M  F

Fecha de nacimiento: ...../...../.....

Puesto de Trabajo:.....

Antigüedad en la Empresa:.....

**ANTECEDENTES**

Antecedentes de enfermedades:

Antecedentes de trastornos congénitos:

Antecedentes de enfermedades profesionales o accidentes de trabajo:

**Exposición anterior al riesgo:**

Trabajos anteriores con déficit de iluminación SI  NO

Describe:.....

EMPRESA	PUESTO	TIEMPO TRABAJADO

**Exposición actual al riesgo**

Empresa/Establecimiento:.....

Actividad:.....

Puesto de Trabajo:.....

Antigüedad en el puesto de trabajo:.....

Horario de trabajo:.....

**EXAMEN CLINICO**

**Presencia de:**

Cefaleas: Si   
No

Describir.....

Visión doble: Si   
No

Describir.....

Mareos / Vértigo: Si   
No

Describir.....

Conjuntivitis: Si   
No

Describir.....

Visión borrosa: Si   
No

Describir.....

Presencia de inseguridad en posición de pie: Si   
No

Describir.....

**Examen ocular**

**Ojos**

Centrados SI  NO

Pupilas Normal  Anormal

Conjuntivas Normal  Anormal

Córneas Normal  Anormal

Motilidad Ocular Normal  Anormal

Nistagmus Presente  Ausente

Informe.....

.....

**Agudeza Visual**

Con corrección.....

Sin corrección.....

Fecha y hora de realización.....

Observaciones:.....

.....

.....

Firma y sello del Médico

Firma y aclaración del trabajador

**ANEXO V**

**AGENTE: GESTOS REPETITIVOS Y POSICIONES FORZADAS**

**CUESTIONARIO DIRECCIONADO**

Fecha: ...../...../.....

Nombre y Apellido:..... CUIL:.....

Empresa:..... CUIT:.....

**Semiología del segmento corporal comprometido:** Relación Movilidad - Dolor Articular y estado de masa muscular relacionada

Articulación	Abducción	Aducción	Flexión	Extensión	Rotac. externa	Rotac. interna	Irradiac.	Tono	Trofismo
Hombro	Der.								
	Izq.								
Codo	Der.								
	Izq.								
Muñeca	Der.								
	Izq.								
Mano y dedos	Der.								
	Izq.								
Cadera	Der.								
	Izq.								
Rodilla	Der.								
	Izq.								
Tobillo	Der.								
	Izq.								

**Características del Dolor:**  
Por su forma de Aparición:  
 AGUDO  INSIDIOSO  AUSENTE

Por su evolución:  
 CONTINUO  BROTES  CÍCLICO

Puntos dolorosos:  
Localización:.....

**Otros signos y síntomas presentes en el segmento involucrado:**  
 Calambres musculares  
 Parestesias  
 Calor  
 Cambios de coloración de la piel  
 Tumefacción

**Caracterización semiológica:**

<b>Grado 0</b>	Ausencia de signos y síntomas
<b>Grado 1</b>	Dolor ocasional y/o existencia de sintomatología
<b>Grado 2</b>	Grado 1 más contractura y/o dolor a la movilización
<b>Grado 3</b>	Grado 2 más dolor a la palpación y/o percusión y/o
<b>Grado 4</b>	Grado 3 más limitación funcional evidente clínicamente

Observaciones:.....

.....

Firma y aclaración del Trabajador

Firma y sello del Médico