

RELEVAMIENTO DE AGENTES DE RIESGO ERGONÓMICO



FECHA

CONTRATO N°

UBICACIÓN

Decreto 658/96

Duración de la aplicación en la jornada: 4 HORAS Ó MÁS

SI NO

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA CONTINUE COMPLETANDO EL FORMULARIO

80004 - POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS EXTREMIDAD SUPERIOR

1) Movimientos con esfuerzo

a) Tiempo de permanencia: cíclico (frecuencia mínima: 7,5 esfuerzos por minuto) SI NO

b) Sector corporal en movimiento: de hombro a dedo (todo o una parte) SI NO

Si respondió afirmativamente a) y b) corresponde agente de riesgo 80004

2) Apoyo localizado:

a) Tiempo de permanencia: la mayor parte de la tarea SI NO

b) Sector corporal en movimiento: de codo a dedo (un solo punto) SI NO

Si respondió afirmativamente a) y b) corresponde agente de riesgo 80004

3) Posición mantenida:

a) Tiempo de permanencia: la mayor parte de la tarea SI NO

b) Sector corporal en posición: de hombro a muñeca (todo o una parte) SI NO

c) Forma de la posición: forzada (fuera de su plano natural) SI NO

Si respondió afirmativamente a), b) y c) corresponde agente de riesgo 80004

80005 - POSICIONES FORZADAS Y GESTOS REPETITIVOS EXTREMIDAD INFERIOR

1) Posición mantenida:

a) Tiempo de permanencia: la mayor parte de la tarea SI NO

b) Forma de la posición de la(s) pierna(s) en cuclillas, una o ambas rodillas apoyadas o en punta de pie SI NO

Si respondió afirmativamente a) y b) corresponde agente de riesgo 80005

OPCION 2) Pierna en movimiento:

a) Tiempo de permanencia: cíclico (frecuencia mínima: 7,5 esfuerzos por minuto) SI NO

b) Sector corporal en movimiento: rodilla exclusivamente (una ó ambas) SI NO

c) Forma de movimiento de la articulación: extensión y flexión exclusivamente SI NO

Si respondió afirmativamente a), b) y c) corresponde agente de riesgo 80005

Nota: Este formulario deberá estar adjunto al formulario de Relevamiento de Agentes de Riesgo.

Para mayor información comunicarse con nuestro Depto. de Prevención

por la A.R.T.

Servicio de HYST

por la Empresa

Aseguradora de Riesgos de Trabajo INTERACCION S.A.

Sarmiento 2038 (C1044AAF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel./Fax: (54+11) 5354-6800
Web Site: www.interaccion.com.ar

RELEVAMIENTO DE RIESGO ERGONÓMICO



FECHA

CONTRATO N°

UBICACIÓN

Resolución MTESS N° 295/03 - Anexo I

Presencia de riesgo ergonómico

1) NIVEL DE ACTIVIDAD MANUAL (movimientos repetitivos que implican esfuerzos en miembros superiores)

¿Las tareas manuales son cíclicas y se prolongan en total 4 horas diarias o más? SI NO

2) LEVANTAMIENTO MANUAL DE CARGAS

¿Se deben levantar cargas de 2 Kg. o más en intervalos regulares? SI NO

Cualquier respuesta afirmativa indica posible presencia de riesgo ergonómico. (1)

N°	UBICACION		PERSONAS EXPUESTAS	RIESGO	
	SECCION	PUESTO DE TRABAJO		1	2
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Recomendaciones

1) En ese caso deberá completarse la presente planilla y evaluar por los métodos desarrollados de acuerdo a la Resolución MTESS N° 295/03 - Anexo I (Nivel de Actividad Manual y/o Levantamiento Manual de Cargas).
De corresponder se confeccionará el programa de Ergonomía Integrado que incluye, controles generales, de ingeniería y administrativos.

Para mayor información comunicarse con nuestro Depto. de Prevención

por la A.R.T.

Servicio de HYST

por la Empresa

Aseguradora de Riesgos de Trabajo INTERACCION S.A.

Sarmiento 2038 (C1044AAF) Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Tel./Fax: (54+11) 5354-6800
Web Site: www.interaccion.com.ar