

Questionário QAI Ocupantes

1. Identificação do local de medição

2. Data ___/___/___ Hora ___h___

Local (ACES/Departamento/Serviço/Sala):

3. Identificação do trabalhador:

Nome: _____

Nº Mecanográfico: _____ Género: F M Data de nascimento: ___/___/___

Categoria Profissional: _____ Função (ões): _____

Horário de trabalho: ___/___/___ até ___/___/___

4. Sensação Térmica

4.1. Assinale qual a sua sensação térmica neste momento:

Muito Quente	
Quente	
Ligeiramente quente	
Neutro	
Ligeiramente frio	
Frio	
Muito frio	

4.2. Assinale qual a sua preferência térmica

Muito Quente	
Quente	
Ligeiramente quente	
Neutro	
Ligeiramente frio	
Frio	
Muito frio	

4.3. Os sistemas de ventilação mecânicos causam incómodo devido à irradiação de calor ou circulação de ar quente?

Sim Não

5. No quadro seguinte, indique se já teve algum destes sintomas no seu local de trabalho. Caso a resposta **Sim**, indique a Severidade tendo em conta a legenda: 1- Ligeira; 2 - Mediana; 3 – Forte; 4- Intolerável. Assinale se o sintoma desaparece quando se afasta do local de trabalho: **sim** ou **não**.

Sintoma	Sim	Não	Severidade				Quando se afasta do local de trabalho os sintomas desaparecem?		
			1	2	3	4	Sim	Não	Observação
Irritação nos olhos, nariz ou pele									
Irritação respiratória									
Dificuldade respiratória									
Falta de ar									
Fadiga									
Reações alérgicas (ex.: asma, rinite, pele)									
Garganta seca									
Infeções (ex.: pneumonias, tuberculose, doença do legionário)									
Reações tóxicas									
Cefaleias									
Problemas de memória e concentração									
Náuseas									
Vertigens									
Dor no peito									



6. No quadro seguinte, indique se já sentiu alguns destes odores no seu local de trabalho. No caso de resposta Sim, indique com que Frequência tendo em conta a legenda: 1- Poucas vezes; 2 – Algumas vezes; 3 – Muitas vezes

Odor	Sim	Não	Frequência			Observações
			1	2	3	
Gases de escape da exaustão (diesel)						
Odores corporais						
Cheiro a mofo (bafio)						
Cheiro a químicos (ex.: _____)						
Cheiro a solventes, perfumes, outros						
Cheiro a cimento molhado, pó, calcário						
Odor de gás de esgoto (efluente)						
Outras? Indique:						

7. Se for o caso, indique alguma queixa relativa à qualidade do ar do seu local de trabalho ou alguma observação.