

# Frågeformulär inför läkarundersökning MKA AFS 2019:3 Vibration

Namn: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Arbetsgivare: \_\_\_\_\_

Yrkestitel: \_\_\_\_\_

## *Beskriv dina arbetsuppgifter:*

När började du arbeta inom ditt nuvarande yrke? \_\_\_\_\_ (ex 2017).

## *Färgförändringar*

1. Vitnar ett eller flera fingrar (enligt bilden) vid fukt eller kyla?

Nej

Ja

Om Nej, gå till fråga 9

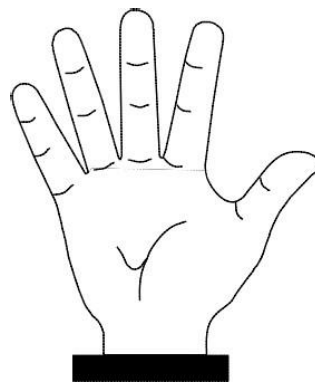
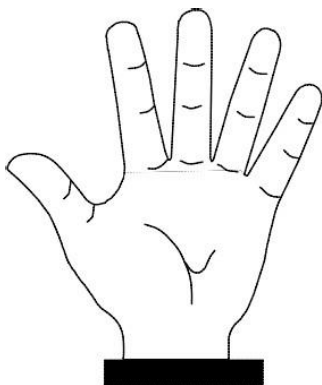


2. Om Ja, när märkte Du detta för första gången?

\_\_\_\_\_ (ex 2016) När upplevde du senast vita fingrar? \_\_\_\_\_ (ex 2017)

3 Vilka fingrar blir vita?

Markera genom att skugga de områden som blir vita i nedanstående figur.



**Vänster hand**

**Höger hand**

4 Inverkar Dina vita fingrar på någon av Dina fritidsaktiviteter?

Vilka? \_\_\_\_\_

5 Inverkar Dina vita fingrar på någon av Dina arbetsuppgifter?

Vilka? \_\_\_\_\_

6 Har någon annan i Din släkt vita fingrar?  Nej  Ja

7 Om Ja, arbetar de med vibrerande handmaskiner?  Nej  Ja

8 Om Du ser tillbaka över de två senaste åren, vill Du då säga att Dina vita fingrar kommer:

mindre ofta

lika ofta

oftare

vet ej?

9. Har Du någonsin upplevt nedsatt känsel, domningar och/eller stickningar i fingrarna?

Om Nej, gå till fråga 20.  Nej  Ja

10. Om Ja, när märkte Du detta för första gången? \_\_\_\_\_ (t ex 2017)

11. Om Ja, när?

Vid arbete med vibrerande handmaskiner?

Efter arbete med vibrerande handmaskiner?

Under/efter exponering för kyla? \_\_\_\_\_

Under period med vita fingrar? \_\_\_\_\_

Efter period med vita fingrar? \_\_\_\_\_

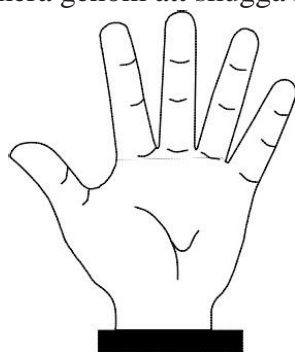
På natten? \_\_\_\_\_

Ständigt? \_\_\_\_\_

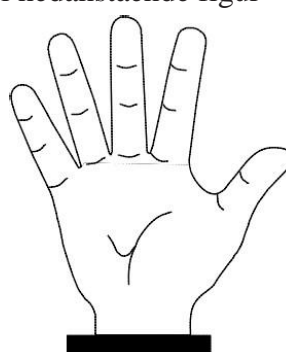
Vid någon annan tid? \_\_\_\_\_

12. I vilka fingrar upplever Du nedsatt känsel, domningar och eller stickningar?

Markera genom att skugga motsvarande områden i nedanstående figur



Vänster hand



Höger hand

13. Inverkar Din nedsatta känsel, domningar och/eller stickningar på någon av Dina fritidsaktiviteter?  
Vilka? \_\_\_\_\_

14. Inverkar Din nedsatta känsel, domningar och/eller stickningar på någon av Dina arbetsuppgifter?  
Vilka? \_\_\_\_\_

15. Om Du ser tillbaka över de två senaste åren, vill Du då säga att Din nedsatta känsel, domningar och/eller stickningar  
kommer mindre ofta   
kommer ungefär lika ofta   
kommer oftare   
vet ej

16. Om Du ser tillbaka över de två senaste åren vill Du då säga att Dina domningar/stickningar drabbar:  
ett mindre område   
lika stort område   
ett större område   
vet ej?

<b>20. Har Du något av följande? (avser när du inte arbetar med vibrationer)</b>	<b>Nej</b>	<b>Obetydligt</b>	<b>Lite grann</b>	<b>Ganska mycket</b>
a) Nedsatt förmåga att känna beröring i fingrar/hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nedsatt förmåga att känna värme i fingrar/hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nedsatt förmåga att känna kyla i fingrar/hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nedsatt kraft i fingrar/hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Domningar/stickningar i fingrar/hand när du inte arbetar med vibrerande maskiner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Smärta när du blir kall om fingrar/hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Svårt för att knäppa knappar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Värk/smärta i fingrar/hand/underarm/armbåge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Värk/smärta i nacke/skuldra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Har något/några av **ovanstående besvär förbättrats** de senaste 3 åren? Vilket/vilka?  
\_\_\_\_\_

22. Har något av **ovanstående besvär försämrats** de senaste 3 åren? Vilket/Vilka  
\_\_\_\_\_

**23. Har du någon av nedanstående sjukdomar?**

Diabetes

Nervsjukdom (ex MS, nervskada)

Reumatologisk sjukdom

Sköldkörtelsjukdom

Migrän

**24. Tar du mediciner för någon sjukdom? Vilken medicin?**

---

**25. Använder Du handhållna vibrerande maskiner i Ditt nuvarande arbete? (ex. slipmaskin)**

Nej

Ja

Om Ja, vilka handhållna vibrerande handmaskiner använder Du?

	Använd maskin
A	
B	
C	
D	
E	