

Medicinska kontroller i arbetslivet

Hand- och armvibrationer

Frågeformulär

Detta formulär används vid nyanställningsundersökning, efter tre år, efter nio år samt vid avvikande svar på uppföljningskontroll med screeningformulär.

Version 2014-03-11

Innehåll

Bakgrundsuppgifter	3
Ökad känslighet för kyla	3
Färgförändringar	3
Nervpåverkan	5
Om nuvarande och tidigare arbeten	8
Övrigt	9
Rapport för patient	10

Frågeformulär inför läkarundersökning

Fylls i av arbetstagare

Namn: _____ Datum: _____

Arbetsgivare: _____

Yrkestitel: _____

Beskriv dina arbetsuppgifter:

När började du arbeta inom ditt nuvarande arbete? _____ (ex. 2001).

Vibrationsrelaterade besvär

Ökad känslighet för kyla

1. Har Du någonsin upplevt att Du fryser lättare om dina fingrar än tidigare? Nej Ja
2. Om Ja, när märkte Du detta för första gången? _____ (Ex. 2009)

Färgförändringar

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

Om Nej, gå till fråga 14.

Nej Ja

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

_____ (Ex. 2012)



5. Hur ofta har Du vita fingrar?

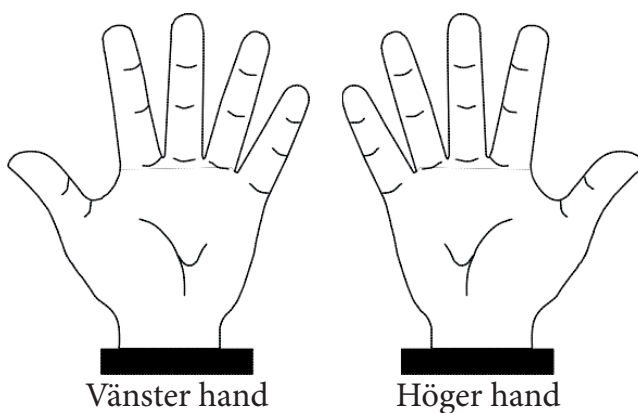
	Sommarhalvåret	Vinterhalvåret
Flera gånger om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger i månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger om dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Är det något som utlöser vita fingrar?

Kyla	<input type="checkbox"/>
Hantering av kalla föremål	<input type="checkbox"/>
Vid exponering för vibrerande handmaskiner	<input type="checkbox"/>
Annat _____	

7. Vilka fingrar blir vita?

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



- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 8. Inverkar Dina vita fingrar på någon av Dina fritidsaktiviteter? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| 9. Inverkar Dina vita fingrar på någon av Dina arbetsuppgifter? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| 10. Har någon annan i Din släkt vita fingrar? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| 11. Om Ja, arbetar de med vibrerande handmaskiner? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |

Besvara följande två frågor om Du har haft vita fingrar under de senaste två åren.

Om inte, gå vidare till fråga 14.

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

- mindre ofta,
- oftare,
- ungefär lika ofta,
- eller kan Du inte svara på detta?

13. Om Du ser tillbaka över de två senaste åren, vill Du då säga att Dina vita fingrar drabbar:

- ett mindre område,
- ett större område,
- mer eller mindre lika stort område,
- eller kan Du inte svara på detta?

Nervpåverkan

14. Har Du något av följande?	Nej	Obetydligt	Litegrann	Ganska mycket
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) Köldkänsla i fingrar/hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Domningar/stickningar i fingrar/hand när du inte arbetar med vibrerande maskiner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Krampkänsla i arm/hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Handsvett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Smärta när du blir kall om fingrar/hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Lätt för att tappa föremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Svårt för att knäppa knappar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Skakningar eller darrningar arm/hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Värk/smärta i fingrar/hand/underarm/armbåge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Värk/smärta i nacke/skuldra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Källa: FoU-Vibrationer; AMM Umeå, Sundsvall, Göteborg, Lund, reviderat 2013-06-20

15. Har Du någonsin upplevt domningar och/eller stickningar i fingrarna? Nej Ja
Om Nej, gå till fråga 23.

16. Om Ja, när märkte Du detta för första gången? _____ (Ex. 2011)

17. 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

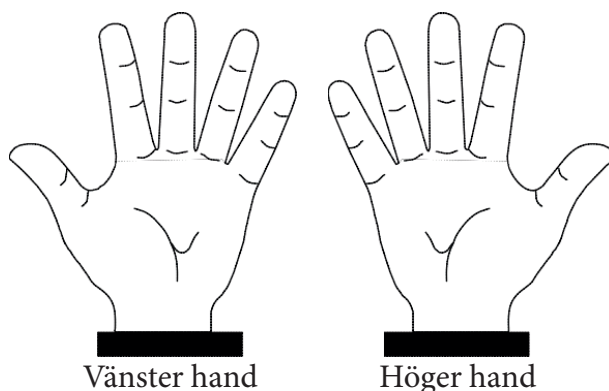
På natten

Ständigt

Vid någon annan tid När? _____

18. I vilka fingrar upplever Du domningar/stickningar?

Markera genom att skugga motsvarande områden i nedanstående figur.



19. Inverkar Dina domningar/stickningar på någon av Dina fritidsaktiviteter? Nej Ja

20. Inverkar Dina domningar/stickningar på någon av Dina arbetsuppgifter? Nej Ja

Besvara följande två frågor om Du har haft domningar/stickningar under de senaste två åren.
Om inte, gå vidare till fråga 23.

21. Om Du ser tillbaka över de två senaste åren, vill Du då säga att Dina domningar/stickningar kommer:

mindre ofta,

oftare,

ungefär lika ofta,

eller kan Du inte svara på detta?

22. Om Du ser tillbaka över de två senaste åren, vill Du då säga att Dina domningar/stickningar drabbar:

ett mindre område,

ett större område,

mer eller mindre lika stort område,

eller kan Du inte svara på detta?

Om nuvarande och tidigare arbeten

23. Den nuvarande arbetsförmågan jämfört med när den var som bäst:

Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge er nuvarande arbetsförmåga? (kryssa i lämplig siffra, 0 betyder att du inte alls kan arbeta, 10 betyder du arbetar som allra bäst just nu).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Kan inte alls
arbeta

Min arbetsförmåga
är som bäst

24. Vilka arbeten har du haft? (ex. 1999 - 2002, Bil & plåt AB, plåtslagare).

Från år	Till år	Företag	Befattning	Arbetsuppgifter

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

Nej Ja

26. Om Ja, när började Du använda handhållna vibrerande maskiner? _____ (Ex. 2010)

27. Om Ja, vilka handhållna vibrerande handmaskiner använder Du?

Ange användningstiden för varje maskin som Du använder i Ditt nuvarande arbete

Ange tiden som maskinen är igång och överför vibrationer till händerna

	Använd maskin	Minuter per dag	Dagar per vecka	Veckor per år	Antal år
A					
B					
C					
D					
E					

28 Ange användningstiden för varje maskin som Du använt i Dina tidigare arbeten.

Ange tiden som maskinen är igång och överför vibrationer till händerna

Yrke	Företag	Använd maskin	Minuter per dag	Dagar per vecka	Veckor per år	Kalenderår (2009-2011)

Tidigare sjukdomar

29. Har du varit sjukhusvårdad tidigare? Nej Ja

Ange orsak och år: _____

30. Kontrolleras du regelbundet hos läkare för någon sjukdom eller har du haft allvarlig sjukdom? Nej Ja

Vilken sjukdom: _____

Läkemedelsanvändning

31. Tar du mediciner regelbundet? Nej Ja
Vilka? Styrka? Dosering?

Nikotinanvändning

32. Är Du rökare? Nej Ja

33. Är Du snusare? Nej Ja

Rapport för patient - *fills i av läkare*

Grad av skada enligt Stockholm Workshop Scale

Vänster hand

Höger hand

Åtgärder

Underskrift

Datum
