

Medicinska kontroller i arbetslivet

Hand- och armvibrationer

Screeningformulär

Detta formulär används vid den första sexårsuppföljningen samt vart sjätte år därefter. Vid avvikande svar ska en fullständig undersökning göras.

Version 2014-03-11

Screeningformulär - fylls i av arbetstagare

Förnamn: _____

Datum: _____

Efternamn: _____

Personnummer: _____

1. Vaknar du om natten minst en gång i veckan av smärta eller domningar i fingrar/hand?

Nej

Ja

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

Nej

Ja



3. 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

4. Har Du sedan föregående medicinska vibrationskontroll påbörjat medicinerings för någon sjukdom?

Nej

Ja