

# Screening

## MKA AFS 2019:3 Vibrationer

Fylls i av arbetstagare

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?

(avser när du inte arbetar med vibrationer)

	Nej	Obetydligt	Lite grann	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) 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"/>

4. Har något/några av **ovanstående besvär förbättrats** de senaste 3 åren?  Nej  Ja

Vilket/vilka?

5. Har något/några av **ovanstående besvär försämrats** de senaste 3 åren?  Nej  Ja

Vilket/vilka?

6. Har du fått ny **sjukdom** eller ny **medicinering** under de senaste 3 åren?  Nej  Ja

Vilken sjukdom / medicin?