

SCREENINGFORMULÄR

enligt MKA, AFS 2019:3 Vibrationer (fylls i av arbetstagare)

Namn: _____

Datum: _____ Personnummer: _____

Har du tidigare genomgått medicinsk kontroll för vibrationer?

Aldrig En gång Två gånger Fler än två gånger

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?

När du inte arbetar med vibrationer.

	NEJ	OBETYDLIGT	LITE GRANN	GANSKA MYCKET
a) Nedsatt förmåga att känna beröring i fingrar/hand?				
b) Nedsatt förmåga att känna värme i fingrar/hand?				
c) Nedsatt förmåga att känna kyla i fingrar/hand?				
d) Nedsatt förmåga att känna vibrationer i fingrar/hand?				
e) Nedsatt kraft i fingrar/hand?				
f) Domningar/stickningar i fingrar/hand?				
g) Smärta när du blir kall om fingrar/hand?				
h) Svårt för att knäppa knappar?				
i) Fumlighet?				
j) Värk/smärta i fingrar/hand/underarm/armbåge?				
k) Värk/smärta i nacke/skuldra?				

4. Har något/några av ovanstående besvär förbättrats de senaste tre åren?

NEJ JA

Om Ja, vilket/vilka _____

5. Har något/några av ovanstående besvär försämrats de senaste tre åren?

NEJ JA

Om Ja, vilket/vilka _____

6. Har du fått ny sjukdom eller ny medicinering under de senaste tre åren?

NEJ JA

Om ja, vilken sjukdom/medicin? _____

7. Använder du nikotin i någon form?

NEJ JA

Om Ja, vilket/vilka _____
