Rensa formulär

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

	NEJ	JA
1. Vaknar du om natten minst en gång i veckan av smärta eller domningar i fingrar/hand?	☐	☐
2. Vitnar ett eller flera fingrar (enligt bilden) vid fukt eller kyla?	☐	☐

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 _____

_____