

## FRÅGEFORMULÄR INFÖR LÄKARUNDERSÖKNING

### MKA AFS 2023:15 Vibrationer (fylls i av arbetstagare)

Namn: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Personnummer: \_\_\_\_\_

Arbetsgivare: \_\_\_\_\_

Yrkestitel: \_\_\_\_\_

Har du tidigare genomgått medicinsk kontroll för vibrationer?

Aldrig  En gång  Två gånger  Fler gånger

Beskriv dina arbetsuppgifter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

När började du arbeta inom ditt nuvarande yrke? \_\_\_\_\_ (ex 2021).

### FÄRGFÖRÄNDRINGAR:



NEJ JA

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

*Om Nej, gå till fråga 10.*

2. Om Ja, när märkte du detta för första gången? \_\_\_\_\_ (ex 2021)

När upplevde du vita fingrar senast? \_\_\_\_\_ (ex 2022).

### 3. Vilka fingrar blir vita?

Markera genom att skugga den största utbredning som förekommit under de senaste 3 åren.



Vänster hand



Höger hand

### 4. Inverkar dina vita fingrar på någon av dina fritidsaktiviteter?

NEJ JA

Om ja, vilka? \_\_\_\_\_

### 5. Inverkar dina vita fingrar på någon av dina arbetsuppgifter?

NEJ JA

Om ja, vilka? \_\_\_\_\_

### 6. Har någon annan i din släkt vita fingrar?

NEJ JA

### 7. Om Ja, arbetar de med vibrerande handmaskiner?

NEJ JA

### 8. Om du ser tillbaka på de senaste tre åren, uppträder dina episoder med vita fingrar:

- Mindre ofta
- Lika ofta
- Oftare
- Kan inte avgöra

### 9. Om du ser tillbaka på de senaste tre åren, drabbar dina episoder med vita fingrar:

- Ett mindre område
- Lika stort område
- Ett större område
- Kan inte avgöra

10. Vaknar du om natten minst en gång i veckan av smärta eller domningar i fingrar/hand? NEJ JA
11. Har du under de senaste 3 åren upplevt nedsatt känsel, domningar eller stickningar i fingrarna? NEJ JA  
   
*Om Nej, gå till fråga 19*
12. Om Ja, vilket år märkte du detta för första gången? \_\_\_\_\_ (ex 2022).
13. Om Ja, hur märkte du detta för första gången?
- Vid arbete med vibrerande handmaskiner?
  - Efter arbete med vibrerande handmaskiner?
  - När du utsätts för kyla?
  - Under period med vita fingrar?
  - Efter period med vita fingrar?
  - På natten?
  - Ständigt?
  - Vid någon annan tid?

14. I vilka fingrar upplever du nedsatt känsel, domningar och eller stickningar?  
*Markera genom att skugga motsvarande områden i nedanstående figur.*



Vänster hand



Höger hand

15. Inverkar din nedsatta känsel, domningar och/eller stickningar på någon av dina fritidsaktiviteter? NEJ JA
- Om Ja, vilka? \_\_\_\_\_
16. Inverkar din nedsatta känsel, domningar och/eller stickningar på någon av dina arbetsuppgifter? NEJ JA
- Om Ja, vilka? \_\_\_\_\_

**17. Om du ser tillbaka över de tre senaste åren, kommer din nedsatta känsel, domningar eller stickningar:**

- Mindre ofta  
 Lika ofta  
 Oftare  
 Kan inte avgöra

**18. Om du ser tillbaka över de tre senaste åren, drabbar din nedsatta känsel, domningar eller stickningar:**

- Ett mindre område  
 Lika stort område  
 Ett större område  
 Kan inte avgöra

**19. 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?				

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

NEJ JA

Om Ja, vilket/vilka \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21. Har något/några av ovanstående besvär **försämrats** de senaste 3 åren?

NEJ JA

Om Ja, vilket/vilka \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

22. Har du någon/några av nedanstående sjukdomar?

- Diabetes
- Nervsjukdom (ex MS, nervskada)
- Reumatologisk sjukdom
- Sköldkörtelsjukdom
- Migrän

23. Tar du mediciner för någon sjukdom?

NEJ JA

Om Ja, vilket/vilka \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24. Har du använt nikotin i någon form under de senaste tre åren?

NEJ JA

25. Använder du vibrerande maskiner i ditt nuvarande arbete t.ex. slipmaskin, mutterdragare, eller något annat?

NEJ JA

Om Ja, ange de 3 vibrerande maskiner som du använder mest.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Om ja, vet du hur många vibrationspoäng alternativt det A(8)-värde som vibrationsexponeringen motsvarar?

Om Ja, \_\_\_\_\_ vibrationspoäng/dag

alternativt \_\_\_\_\_ m/s<sup>2</sup> A(8)

26. Använde du vibrerande maskiner i ditt tidigare arbete?  
t.ex. slipmaskin, mutterdragare, eller något annat?

NEJ JA

TIDSPERIOD (ÅR-ÅR)	ARBETSUPPGIFT	MASKINER