

Blanketten gäller för personal med säkerhetskritiska arbetsuppgifter som är förknippade med att medfölja ett tåg på järnvägssystemet i Europeiska unionen, enligt Kommissionens genomförandeförordning (EU) nr 2019/773 ("TSD Drift"), arbetsuppgifter i "kategori B" enligt Tåg företagens övergripande hälsokrav.

Hälsodeklarationen (sidan 1-4) fylls i före besöket av den som ska undersökas, men undertecknas i läkarens närvaro.

Personuppgifter

Namn		Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)	
Adress			
Postnummer	Ort		
Telefonnummer bostad (även riktnummer)/mobiltelefonnummer		Telefonnummer arbete (även riktnummer)	
Legitimering <input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Annan ID-handling <input type="checkbox"/> Personlig kännedom			

Typ av undersökning (se även förklaringar på sida 6)

Är undersökningen en undersökning före anställning/utbildning eller en periodisk undersökning?	Före anställning/utbildning <input type="checkbox"/> (4.7.2.1)	Periodisk undersökning <input type="checkbox"/> (4.7.2.2)
--	---	--

Har du tidigare haft eller har du nu någon av följande sjukdomar eller symptom?

Hjärtsjukdomar, högt blodtryck, symptomgivande lågt blodtryck eller kärlsjukdomar med risk för medvetandestörningar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Diabetes mellitus som behandlas med läkemedel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Epilepsi eller andra neurologiska tillstånd som kan leda till akuta medvetandestörningar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Yrselsjukdomar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sömn- och vakenhetsstörning t.ex. sömnapné syndrom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Psykiska störningar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Demens eller andra kognitiva störningar som påverkar uppmärksamheten, koncentrationsförmågan eller minnet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Psykisk utvecklingsstörning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Missbruks- eller beroendetillstånd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Övriga sjukdomar som kan nedsätta vakenheten eller medföra ett försämrat omdöme	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Läkarens kommentarer:		

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Syn

Har du märkt någon synrubbing såsom:		
- när- eller långsynthet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- dubbelseende?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- sämre mörkerseende?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- annan synrubbing?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Använder du glasögon?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Använder du kontaktlinser?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Är färgsinnet tidigare undersökt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, var färgsinnet då normalt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du behandlats för någon ögonsjukdom? Om svaret är ja, ange sjukdomen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Läkarens kommentarer:		

Hörsel

Har du svårt att höra:		
- när flera pratar samtidigt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
samtal i:		
- telefon?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- kommunikationsradio?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- tyst miljö?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- miljöer med störande bakgrundsljud?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Använder du hörapparat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Läkarens kommentarer:		



Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Övrigt

Har du sömnproblem? (t.ex. snarkningar/andningsuppehåll)

Ja Nej

Om svaret är ja, ange på vilket sätt:

Har du besvär med skiftgång eller nattarbete?

Ja Nej

Om svaret är ja, ange på vilket sätt:

Har du varit utsatt för svårare kroppsskada?

Ja Nej

Om svaret är ja, ange skadans art:

Har du vid något tillfälle tagits ut tjänst i samband med olyckshändelse eller ett tillbud?

Ja Nej

Om svaret är ja, ange när och varför:

Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom eller funktionsnedsättning?

Ja Nej

Om svaret är ja, ange vilken eller vilka:

Använder du:

- lugnande medel/sömnmedel?

Ja Nej

- smärtstillande medel?

Ja Nej

- annan medicin?

Ja Nej

Om svaret är ja, ange vilken eller vilka mediciner:

Har du under de senaste fem åren använt narkotika eller anabola steroider?

Ja Nej

Om svaret är ja, ange vad och när:

Läkarens kommentarer:

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Alkoholvanor

Hur ofta dricker du alkohol?

- Aldrig
 1 gång/månad eller mer sällan
 2-4 ggr/månad
 2-3 ggr/vecka
 4 ggr/vecka eller mer

Hur många "glas" dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- 1-2
 3-4
 5-6
 7-9
 10 eller fler

Exempel: med ett "glas" menas:



45 cl folköl



33 cl starköl



1 glas rött
el. vitt vin



1 litet glas
starkvin



4 cl sprit
t.ex. whisky

Har du sedan föregående periodiska hälsoundersökning vårdats på sjukhus eller behandlats av läkare för sjukdom? Ja Nej

Har du sedan föregående undersökning varit sjukskriven mer än 4 veckor eller haft upprepade korta sjukfall? (6 eller flera under en tolv månaders period.) Ja Nej

Anser du dig för närvarande vara fullt frisk? Ja Nej

Läkarens kommentarer:

Underskrift

Jag försäkrar att jag har besvarat ovanstående uppgifter sanningsenligt

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	

Denna sida ska fyllas i av undersökande sköterska/läkare

Datum	Sköterska/läkare
-------	------------------

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Längd (cm)	Vikt (kg)	Blodtryck mm/Hg	Blodsocker (mmol/l)
------------	-----------	-----------------	---------------------

Hörsel

Hörbarhet i dB	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz
Höger öra			
Vänster öra			

I förekommande fall

Gamma-GT (µkat/l)	CDT %
-------------------	-------

Drogtest

<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> ej utförd
-------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

Övriga prover

--

Syn

Synskärpa	okorrigerat	korrigerat	sfärisk korr	cylinder korr*
Höger öga				
Vänster öga				
Binokulärt				

*Uppgift om cylinderkorrektur behövs för att kunna få besked om korrektion i den mest brytande meridianen

Synfält enligt Donders		
Höger öga	<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> defekt
Vänster öga	<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> defekt

Färgsinne	<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> defekt
-----------	-------------------------------	---------------------------------

Föreligger det eller finns det misstanke om:

- hjärtsjukdomar, högt blodtryck, symptomgivande lågt blodtryck eller kärlsjukdomar med risk för medvetandestörningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- diabetes mellitus som behandlas med läkemedel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- epilepsi eller andra neurologiska tillstånd som kan leda till akuta medvetandestörningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- yrselsjukdomar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- sömn- och vakenhetsstörningar t.ex. sömnapné syndrom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- psykiska störningar?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- demens eller andra kognitiva störningar som påverkar uppmärksamheten, koncentrationsförmågan eller minnet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- psykisk utvecklingsstörning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej



Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

- missbruks- eller beroendetillstånd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- övriga sjukdomar som kan nedsätta vakenheten eller medföra ett försämrat omdöme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- ögonsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- nedsatt ögonrörlighet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- nystagmus?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- öronsjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- nedsatt huvudrörlighet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- tecken till sjukdom i nervsystemet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- tecken till sjukdom i rörelseorganen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Läkarens kommentarer:

Underskrift av läkare

Datum	Namnförtydligande
Läkarens underskrift	
Adress	Telefonnummer

Förklaringar

Med "undersökning före anställning/utbildning" avses en undersökning enligt TSD Drift 4.7.2.1. Sådan undersökning skall ske då den som undersöks inte tidigare har godkänts vid hälsoundersökning för arbetsuppgifter i grupp A eller B, eller för arbetsuppgifter i grupp C enligt TSFS 2019:112 8§1 eller 8§4. Vid sådan undersökning ingår en inledande psykologisk bedömning i undersökningen (TSD Drift 4.7.2.1.2).

Med "periodisk undersökning" avses en undersökning enligt TSD Drift 4.7.2.2.

Blanketten ska normalt behållas vid undersökande mottagning.