

Blanketten gäller för personal med säkerhetskritiska arbetsuppgifter som är förknippade med att medfölja ett tåg på järnvägssystemet i Europeiska unionen, enligt Kommissionens förordning (EU) nr 2015/995 ("TSD Drift"), arbetsuppgifter i "kategori B" enligt BTO 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 färgsynet tidigare undersökt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, var färgsynet 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)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange på vilket sätt:		
Har du besvär med skiftgång eller nattarbete?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange på vilket sätt:		
Har du varit utsatt för svårare kroppsskada?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange skadans art:		
Har du vid något tillfälle tagits ut tjänst i samband med olyckshändelse eller ett tillbud?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange när och varför:		
Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom eller funktionsnedsättning?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange vilken eller vilka:		
Använder du:		
- lugnande medel/sömnmedel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- smärtstillande medel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- annan medicin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange vilken eller vilka mediciner:		
Har du under de senaste fem åren använt narkotika eller anabola steroider?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange vad och när:		
Läkarens kommentarer:		

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

### Alkoholvanor

Hur ofta dricker du alkohol?				
<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1 gång/månad eller mer sällan	<input type="checkbox"/> 2-4 ggr/månad		
<input type="checkbox"/> 2-3 ggr/vecka	<input type="checkbox"/> 4 ggr/vecka eller mer			
Hur många "glas" dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?				
<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Anser du dig för närvarande vara fullt frisk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> 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 beroendetilstånd?	<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 BV-FS 2000:4 1§1 eller 1§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.