

Frågeformulär inför läkarundersökning Nattarbete

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

Civilstånd

- Ensamstående Gift/sambo Särbo

Antal hemmavarande barn: _____

Arbete

Vilka är dina arbetsuppgifter? _____

Sedan vilket år arbetar du med nuvarande arbetsuppgifter? _____

Har du någon annan sysselsättning vid sidan om nuvarande anställning? Ja Nej

Tjänstgöringsgrad i %: _____

- Enbart nattarbete Tvåskift Treskift Annat:

Arbetar du övertid? Ange i så fall antal timmar i genomsnitt per månad: _____

Hur är dina nattarbetspass schemalagda? Enstaka nattarbetspass Mindre än 3 nattarbetspass i rad Mer än 3 nattarbetspass i rad

Hur många nätter arbetar du per månad? _____

Hur många år har du haft arbetstider som innefattar nattarbete? _____

Har du försökt att byta arbetstid senaste året? Ja Nej

Sjukdomar

Har du någon sjukdom som du behandlas för? Ja Nej

Om ja, ange vilken/a sjukdom/ar: _____

Använder du lugnande medicin eller sömnmedel? Ja Nej

Använder du annan medicin? Om ja, ange vilken/a: _____

Anser du dig för närvarande vara fullt frisk? Ja Nej

Motion och rörelse

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, exempelvis löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

Ingen tid alls 30 min 60 min 90 min 120 min 150 min eller mer

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, exempelvis promenader, cykling eller trädgårdsarbete?

Ingen tid alls 30 min 60 min 90 min 120 min 150 min eller mer

Matvanor

Hur ofta äter du frukt och grönsaker?

2 ggr per dag eller oftare 1 gång per dag Några gånger i veckan 1 gång i veckan eller mer sällan Aldrig eller nästan aldrig

Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?

2 ggr per dag eller oftare 1 gång per dag Några gånger i veckan 1 gång i veckan eller mer sällan Aldrig eller nästan aldrig

Hur fördelar du dina måltider över dygnet?

Morgon, middag och kväll samt mellanmål. Ange ungefär när: _____

Morgon, middag och kväll. Ange ungefär när: _____

Endast två måltider per dygn. Ange ungefär när: _____

Endast en måltid per dygn. Ange ungefär när: _____

Äter du en frukost innan du går och lägger dig efter ett nattpass? Ja Nej

Tobak

Rökvanor

- Jag har aldrig varit rökare
 Jag slutade röka för mer än 6 mån sen
 Jag slutade röka för mindre än 6 mån sen
 Jag röker 1–9 cigaretter per dag
 Jag röker 10–19 cigaretter per dag
 Jag röker mer än 20 cigaretter per dag

Snusvanor

- Jag har aldrig varit snusare
 Jag slutade snusa för mer än 6 mån sen
 Jag slutade snusa för mindre än 6 mån sen
 Jag snusar 1–3 dosor per vecka
 Jag snusar 4–6 dosor per vecka
 Jag snusar mer än 7 dosor per vecka

Alkohol

Hur ofta dricker du alkohol?

- Aldrig
 1 gång i månaden eller mer sällan
 2–4 gånger i månaden
 2–3 gånger i veckan
 4 gånger i veckan eller mer

Hur många standardglas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

- 1–2
 3–4
 5–6
 7–9
 10 eller mer

Ett standardglas = 12 g alkohol och motsvarar något av:



Folköl 50 cl	Starköl/cider 33 cl	Vin 12–15 cl	Starkvin 8 cl	Sprit 4 cl
-----------------	------------------------	-----------------	------------------	---------------

Narkotika

Har du prövat narkotika? Ja Nej

Om ja, vad, när och i vilken omfattning?

Välbefinnande

Följande frågor avser hur du har haft det under de senaste 4 veckorna.

	Hela tiden	En stor del av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Inte alls
Hur ofta har du haft svårt att koppla av?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta har du varit stressad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta har du saknat ork och energi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta har du sovit dåligt eller oroligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta har du haft svårt att somna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta har du vaknat för tidigt och haft svårt att somna om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta har du vaknat flera gånger och haft svårt att somna om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är du tillfreds med ditt nuvarande sömnmönster?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nej		

Ärftlighet och bakgrund

	Ja	Nej	Vet inte
Har du eller har du haft en hjärt- och eller kärlsjukdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har någon av dina manliga biologiska släktingar (förälder eller syskon) drabbats av hjärtinfarkt/propp i hjärnan före 55 års ålder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har någon av dina kvinnliga biologiska släktingar (förälder eller syskon) drabbats av hjärtinfarkt/propp i hjärnan före 65 års ålder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har någon av dina biologiska föräldrar eller syskon haft diabetes typ II?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>