

Frågeformulär inför läkarundersökning Nattarbete

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

Nattarbete

Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter om medicinska kontroller i arbetslivet, AFS 2019:3, skall arbetstagaren erbjudas läkarundersökning innan nattarbete påbörjas första gången samt därefter erbjudas en kostnadsfri läkarundersökning vart sjätte år, efter fyllda 50 år, vart tredje år. Bakgrunden till Arbetsmiljöverkets föreskrifter är att forskning visat att nattarbete är förenat med olika hälsoeffekter. Flera vetenskapliga studier har visat en översjuklighet i hjärt- och kärlsjukdom och sömnstörningar hos arbetstagare med skiftarbete. Dessutom finns en ökad risk för olyckor p.g.a. nattarbete.

Arbetstagare som omfattas är dem som normalt utför minst 3 timmar av sitt arbetspass mellan kl. 22-06 eller som troligen kommer att fullgöra minst en tredjedel av sin årsarbetstid mellan kl. 22-06. Nattarbete avses inte för arbetstagare som under ett år har en eller flera anställningar med nattarbete, där anställningstiden totalt understiger 3 månader.

Personuppgifter

Man	Kvinna	
Ensamstående	Gift/sambo	Särbo
Antal hemmavarande barn:		

Arbete

Vilka är dina arbetsuppgifter?			
Sedan vilket år arbetar du med nuvarande arbetsuppgifter?			
Arbetar du extra på din fritid?		Ja	Nej
Är dina arbetspass till någon del schemalagda med minst tre timmar i tidsintervallet kl. 22.00 - 06.00?		Ja	Nej
Arbetstid?			
Enbart nattarbete	Tvåskift	Treskift	Annat:
Ordinarie arbetstid i genomsnitt		timmar per vecka.	
Arbetar du övertid? Ange i så fall antal timmar i genomsnitt per månad:		timmar per månad.	
Hur är dina natt-arbetspass schemalagda?	Enstaka nattarbetspass	Upp till 3 nattarbetspass i rad	Fler än 3 nattarbetspass i rad
Hur många nätter arbetar du per månad?		nätter per månad.	
Hur många år har du haft arbetstider som innefattar nattarbete?		år.	
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:		
Upplever du att olycksrisken är ökad p.g.a. att du arbetar natt?	Ja	Nej

Måltider

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:

Hur ser dina måltider ut?

Vanligen allsidig kost tillagad på basvaror	Vanligen smörgåsar
Vanligen snabb- och färdigmat	Vanligen kakor, kex, godis och chips

Hur ofta äter du frukost?

Dagligen	En gång i veckan eller mer sällan	
Nästan varje dag	Aldrig/nästan aldrig	
Några gånger i veckan		
Äter du en kraftig/stor frukost innan du går och lägger dig efter ett nattpass?	Ja	Nej






Är du tillfreds med dina matvanor?	Ja	Nej
------------------------------------	----	-----

Alkohol- och tobaksvanor

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 glas menas:				
 50 cl folköl	 33 cl starköl	 1 glas rött eller vitt vin (10-15 cl)	 1 litet glas starkvin (8 cl)	 4 cl sprit t ex whisky

Har du sedan föregående regelbundna hälsokontroll vårdats på sjukhus eller behandlats av läkare för sjukdom?	Ja	Nej
Har du sedan föregående hälsokontroll 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
Använder du tobak?	Ja	Nej
Om du svarat Ja på ovan fråga, röker du?	Ja	Nej

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?					
Hur ofta har du varit lättretlig?					
Hur ofta har du varit anspänd?					
Hur ofta har du varit stressad?					
Hur ofta har du sovit dåligt eller oroligt?					
Hur ofta har du haft svårt att somna?					
Hur ofta har du vaknat för tidigt och haft svårt att somna om?					
Hur ofta har du vaknat flera gånger och haft svårt att somna om?					
Hur ofta har du saknat ork och energi?					
Hur ofta har du varit fysiskt utmattad?					
Hur ofta har du känt dig trött?					

Är du tillfreds med ditt nuvarande sömnmönster?	Ja	Nej
---	----	-----

Ärftlighet och bakgrund

	Ja	Nej	Vet inte
Har du eller har du haft en hjärt- och eller kärlsjukdom?			
Har någon av dina manliga biologiska släktingar (förälder eller syskon) drabbats av hjärtinfarkt/propp i hjärnan före 55 års ålder?			
Har någon av dina kvinnliga biologiska släktingar (förälder eller syskon) drabbats av hjärtinfarkt/propp i hjärnan före 65 års ålder?			
Har någon av dina biologiska föräldrar eller syskon haft diabetes typ II?			
Har du fått besked om att ditt blodtryck är förhöjt?			