



Medicinsk kontroll av nattarbete

Enligt AFS 2005:6

Datum	

Namn	Personnummer

Gatuadress	Postadress

Telefonnummer	Befattning

Arbetsplats	Närmaste chef

Företagsläkare

Hemmavarande barn Ålder: _____

Arbetets omfattning: _____ %

Antal nätter/månad: _____ varav mer än 3 nätter i rad _____ gånger/månad.

Arbetstid:

- Natt
- Skift/rotationsschema
- Önskeschema
- Fast schema

Arbetat natt i: _____ år.

Har du som regel 11 timmars sammanhängande dygnsvila från ditt arbete? Ja Nej

Hälsotillstånd

Har du:	Ja	Nej	Kommentar:
• högt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• hjärtsjukdom/-besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• magbesvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• tarmsjukdom/-besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• annan sjukdom/besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	Ja	Nej	Kommentar:
Går du på kontroll hos läkare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tar du någon/några mediciner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Finns det någon ärftlighet för hjärt-/kärlsjukdom och/eller bröstcancer? Ja Nej

Om ja, vad och hos vem: _____

Har det inträffat något olyckstillbud pga. nedsatt vakenhet: Ja Nej

• på arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• till och från arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om ja, vad: _____

Kör du bil i ditt arbete under natten? Ja Nej

Företagssköterska

Tobaksvanor

Gör du något av följande?

- Röker Hur många cigaretter röker du per dag i genomsnitt: _____ st.
- Snusar Hur många dosor snus går det åt per vecka i genomsnitt? _____ st.
- Annat: _____

Kommentar: _____

Alkoholvanor

Hur ofta dricker du alkohol?

- Aldrig (fyll ej i följande frågor) (0)
- 1 gång i månaden eller mer sällan (1)
- 2 -4 gånger i månaden (2)
- 2-3 gånger i veckan (3)
- 4 gånger per vecka eller mer (4)

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

- 1-2 (0)
- 3-4 (1)
- 5-6 (2)
- 7-9 (3)
- 10 eller fler (4)

Hur ofta dricker du 4 glas eller mer vid samma tillfälle?

- Aldrig (0)
- Mer sällan än en gång i månaden (1)
- Varje månad (2)
- Varje vecka (3)
- Dagligen eller nästan varje dag (4)

Med ett glas menas något av nedanstående:

- 50 cl folköl
- 33 cl starköl
- 1 glas vin
- 1 litet glas starkvin
- 4 cl sprit

Fysisk aktivitet

Rör du på dig mer än 150 min/vecka?

Ja Nej

-

Kostvanor

Vad och när äter du under ditt nattpass?

Sömn och återhämtning

Anser du att du sammanlagt, för det mesta får tillräckligt med sömn?

Ja Nej

Snarkar du?

Stress

Känner du dig:

- trött utan anledning?
- ängslig, orolig?
- olustig, ledsen?

Ja Nej

Bedömning av företagssköterska

Längd	Vikt	Blodtryck	BMI	Midjemått	B-Hb	P-Glukos	S-Kolesterol

	Ua	Ej ua, råd och rek. givna av företagssköterska	Ej ua, vidare åtgärd och info av företagsläkare
Tobaksvanor			
Alkoholvanor			
Fysisk aktivitet			
Kostvanor			
Sömn och återhämtning			
Stress			

Ansvarig företagssköterska: _____