

Spørreskjema for ansatte som bruker håndholdte vibrerende verktøy

Dato: _____

Arbeidsgiver: _____

Yrke: _____

Ansattes navn: _____ Pnr: _____

Adresse: _____

Har du noen gang brukt håndholdte vibrerende verktøy eller maskiner i arbeidet ditt?

Ja/Nei

Hvis JA:

(a) angi året for første eksponering _____

(b) angi tidspunktet for siste gangs bruk _____
(detaljert arbeidshistorie på neste side)

1. Opplever du prikking i fingrene som varer mer enn 20 minutter etter bruk av vibrerende utstyr? Ja/Nei
2. Har du prikking i fingrene ved noe annet tidspunkt? Ja/Nei
3. Våkner du om natten med smerte, prikking eller nummenhet i hånden eller håndleddet? Ja/Nei
4. Opplever du nummenhet i en eller flere av fingrene dine som varer mer enn 20 minutter etter bruk av vibrerende utstyr? Ja/Nei
5. Har fingrene dine blitt hvite* ved kontakt med kulde? Ja/Nei

* Med hvite fingre menes en klar hvit misfarging av fingrene, med en skarp kant, vanligvis etterfulgt av rødme



Bilde av hvite fingre

6. Hvis ja til 5, opplever du vansker med å få varme i fingrene igjen når du forlater kulden? Ja/Nei

7. Opplever du hvite fingre ved noen annen anledning? Ja/Nei

8. Opplever du noe annet problem med muskler eller ledd i hendene eller armene? Ja/Nei

9. Har du vanskeligheter med å håndtere små gjenstander eller med fingerferdighet? Ja/Nei

10. Har du noen gang hatt skade eller operasjon i nakke, arm eller hånd? Ja/Nei

Hvis ja, gi detaljer: _____

11. Har du noen gang hatt alvorlig sykdom i ledd, hud, nerver, hjerte eller blodårer? Ja/Nei

Hvis ja, gi detaljer: _____

12. Tar du noen legemidler regelmessig? Ja/Nei

Hvis ja, gi detaljer: _____

Arbeidshistorie: Hvilke ansettelse har du hatt?

Tidsrom	Bedrift	Stilling/yrke

Signatur:

Dato:

Levert til (bedriftslege .../bedriftssykepleier ...):
