

## Frågeformulär inför läkarundersökning Arbete med allergiframkallande kemiska produkter

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

1. Har du de senaste 12 månaderna haft besvär med anfall av: JA      NEJ  
(vanliga förkylningar räknas ej)

Kliande, rinnande eller svidande ögon
Rinnsnuva
Nästäppa
Nysningar och/eller näsklåda
Näsblod
Sveda och torrhet i svalget
Pip, andfåddhet och/eller tryckkänsla i bröstet
Svår rethosta

2. Har du efter barndomen, men före anställningen vid företaget, haft anfall av något/några av följande besvär? JA      NEJ

Kliande, rinnande eller svidande ögon
Rinnsnuva
Nästäppa
Nysningar och/eller näsklåda
Näsblod
Sveda och torrhet i svalget
Pip, andfåddhet och/eller tryckkänsla i bröstet
Svår rethosta

3. Får du anfall av pip, andfåddhet och/eller tryckkänsla i bröstet när du utsätts för: JA      NEJ

Kroppsansträngning
Kyla
Starka dofter (parfym, lösningsmedel etc.)
En eller annan form av rök eller spray

4. Har du eller har du haft något av följande besvär: JA      NEJ

Astma
Hösnuva
Kronisk luftrörskatarr/emfysem
Böjveckseksem
Om ja, har du haft besvären före 15 års ålder?

5. Har du av läkare fått diagnosen astma? JA      NEJ

Om ja, vilket år?
-------------------

6. Har du efter 15 års ålder någonsin vaknat av andnöd? JA      NEJ

Om ja, vilket år märkte du det första gången?
---

7. Har du efter 15 års ålder någonsin haft pip eller väsningar i bröstet? JA      NEJ

Om ja, vilket år märkte du det första gången?
Har din andning varit normal mellan dessa tillfällen?

8. Blir du lätt andfådd vid ansträngning? (Exempelvis andnöd vid gång i uppförsbacke i normal takt, andnöd vid promenad med jämnåriga på plan mark)?

JA

NEJ

9. Om du har luftvägsbesvär - tar du då regelbundet medicin?

JA

NEJ

Om ja, vilka mediciner?

10. Är du eller har du någonsin varit rökare?

JA

NEJ

Om ja, under tiden: