

Frågeformulär inför läkarundersökning arbete med allergiframkallande kemiska produkter

Förnamn	Efternamn	Personnummer
---------	-----------	--------------

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

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:

Jag försäkrar att jag sanningsenligt besvarat ovanstående frågor.

Namnteckning: _____

Datum: _____