

1-6	INOMHUSKLIMAT Arbetsmiljö NORDISK VERSION	MM 040 NA	Namn (frivillig uppgift)
		Datum år mån dag _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Företag/Institution (viktig uppgift)
7-11		Yrke _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Avdelning (viktig uppgift)
12-21	Användare _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Grupp _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Ifylles av handläggaren		

Med det här formuläret vill vi försöka få fram hur Du upplever inomhusklimatet och om Du har besvär eller symptom.

BAKGRUNDSFAKTORER

22-23	Födelseår 19 _ _ _ _	Yrke
24	Kön Man <input type="checkbox"/> ₁ Kvinna <input type="checkbox"/> ₂	Hur länge har Du varit på Din nuvarande arbetsplats? _ _ _ _ år
25	Röker Du? Ja <input type="checkbox"/> ₁ Nej <input type="checkbox"/> ₂	26-27

ARBETSMILJÖ

Har Du de senaste 3 månaderna känt Dig besvärad av någon eller några av följande faktorer på Din arbetsplats? (Besvara varje fråga även om Du inte känt Dig besvärad!)		Ja, ofta (varje vecka)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)
28	Drag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	För hög rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Varierande rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	För låg rumstemperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Instängd ("dålig ") luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Torr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Statisk elektricitet som gör att Du lätt får stötar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Andras tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Buller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Belysning som är för svag eller ger bländning och/eller reflexer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Damm och smuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBETSFÖRHÅLLANDEN

		Ja, oftast (1)	Ja, ibland (2)	Nej, sällan (3)	Nej, aldrig (4)
40	Uppfattar Du Dina arbetsuppgifter som engagerande och stimulerande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Har Du för mycket att göra i Ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Har Du möjligheter att påverka Dina arbetsförhållanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Får Du hjälp av Dina arbetskamrater när Du har problem i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75-80 Andersson K, Stridh G. Byggnader med störningar i inomhusklimatet - en utredningsmodell. AMA-nytt Mark - Hus 2/90. Andersson K. Epidemiological Approach to Indoor Air Problems. Indoor Air 1998; Suppl. 4:32-39.

Arbets- och miljömedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro, 701 85 Örebro. Vers 0012, K Andersson©/IF. inger.fagerlund@orebroll.se

V.g. vänd 

TIDIGARE/NUVARANDE SJUKDOMAR/BESVÄR

	Ja (1)	Nej (2)
1 Har Du haft eller har Du astmatiska besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Har Du haft eller har Du hösnuva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har Du haft eller har Du eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Förekommer allergiska sjukdomar för övrigt i familjen (astma, hösnuva, eksem)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUVARANDE BESVÄR

Har Du under de **senaste 3 månaderna** haft något/några av nedanstående besvär/symtom?
(Besvara varje fråga även om Du inte haft några besvär/symtom!)

Om JA:
Tror Du att detta beror på Din arbetsmiljö?

	Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	Ja (1)	Nej (2)
5-6 Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-8 Tung i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-10 Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-12 Illamående/yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-14 Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-16 Klåda, sveda, irritation i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-18 Irriterad, täppt eller rinnande näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19-20 Heshet, halstorrhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-22 Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-24 Torr eller rodnad hud i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-26 Fjällning/klåda i hårbotten/öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-28 Torr, kliande, rodnad hud på händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-30 Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YTTERLIGARE SYNPUNKTER:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TACK FÖR HJÄLPEN!