

Blanketten gäller för personal med säkerhetskritiska arbetsuppgifter som undersöks enligt kraven i Kommissionens genomförandeförordning (EU) nr 2019/773 ("TSD Drift").

Närmare bestämmelser om vilka arbetsuppgifter som omfattas framgår av järnvägsföretagets respektive infrastrukturförvaltarens säkerhetsstyrningssystem.

Hälsodeklarationen (sidan 1-4) fylls i före besöket av den som ska undersökas, men undertecknas i läkarens närvaro.

### Personuppgifter

Namn		Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)
Adress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer bostad (även riktnummer)/mobiltelefonnummer		Telefonnummer arbete (även riktnummer)
Legitimering		
<input type="checkbox"/> Körkort <input type="checkbox"/> Annan ID-handling <input type="checkbox"/> Personlig kännedom		

### Anledning till läkarbesök

<input type="checkbox"/> Förstagångsundersökning inkl inledande psykologisk bedömning	<input type="checkbox"/> Periodisk undersökning	<input type="checkbox"/> Ytterligare medicinsk undersökning och/eller psykologisk bedömning
---	---	---

### Har du tidigare haft eller har du nu någon av följande sjukdomar eller symptom?

Hjärtsjukdomar, högt blodtryck, symptomgivande lågt blodtryck eller kärlsjukdomar med risk för medvetandestörningar.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Diabetes som behandlas med läkemedel.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Epilepsi eller andra neurologiska tillstånd som kan leda till akuta medvetandestörningar.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Yrselsjukdomar.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Sömn- och vakenhetsstörning t.ex. narkolepsi eller sömnapné syndrom.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Psykiska störningar.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Demens eller andra kognitiva störningar som påverkar uppmärksamheten, koncentrationsförmågan eller minnet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
ADHD, autismspektrumtillstånd och likartade tillstånd.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Psykisk utvecklingsstörning.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Substansbrukssyndrom orsakat av alkohol, droger eller andra medel med liknande effekter.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Övriga sjukdomar som kan nedsätta vakenheten eller medföra ett försämrat omdöme.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Läkarens kommentarer:		

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

## Syn

Har du märkt någon synrubbing såsom:

- |                           |                             |                              |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - när- eller långsynthet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| - dubbelseende?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| - sämre mörkerseende?     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| - annan synrubbing?       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Om svaret är ja, ange vilken:

Använder du glasögon?  Ja  Nej

Använder du kontaktlinser?  Ja  Nej

Är färgsinnet tidigare undersökt?  Ja  Nej

Om svaret är ja, var färgsinnet då normalt?  Ja  Nej

Har du behandlats för någon ögonsjukdom? Om svaret är ja, ange sjukdomen:  Ja  Nej

Läkarens kommentarer:

## Hörsel

Har du svårt att höra:

- |                                       |                             |                              |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - när flera pratar samtidigt?         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| samtal i:                             |                             |                              |
| - telefon?                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| - kommunikationsradio?                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| - tyst miljö?                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| - miljöer med störande bakgrundsljud? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |

Använder du hörapparat?  Ja  Nej

Läkarens kommentarer:






Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

**Övrigt**

<p>Har du sömnproblem? (t.ex. snarkningar/andningsuppehåll)</p> <p>Om svaret är ja, ange på vilket sätt:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>Har du besvär med skiftgång eller nattarbete?</p> <p>Om svaret är ja, ange på vilket sätt:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>Har du varit utsatt för svårare kroppsskada?</p> <p>Om svaret är ja, ange skadans art:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>Har du vid något tillfälle tagits ut tjänst i samband med olyckshändelse eller ett tillbud?</p> <p>Om svaret är ja, ange när och varför:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom eller funktionsnedsättning?</p> <p>Om svaret är ja, ange vilken eller vilka:</p> <p>Använder du:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lugnande medel/sömnmedel?</li> <li>- smärtstillande medel?</li> <li>- annan medicin?</li> </ul> <p>Om svaret är ja, ange vilken eller vilka mediciner:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</p> <p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>Har du sedan föregående regelbundna hälsoundersökning använt narkotika eller anabola steroider? Om svaret är ja, ange vad och när:</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nej</p>
<p>Läkarens kommentarer:</p>	

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

**Alkoholvanor**

Hur ofta dricker du alkohol?				
<input type="checkbox"/> Aldrig	<input type="checkbox"/> 1 gång/månad eller mer sällan	<input type="checkbox"/> 2-4 ggr/månad		
<input type="checkbox"/> 2-3 ggr/vecka	<input type="checkbox"/> 4 ggr/vecka eller mer			
Hur många "glas" dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?				
<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3-4	<input type="checkbox"/> 5-6	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 eller fler
Exempel: med ett "glas" menas:				
				
45 cl folköl	33 cl starköl	1 glas rött el. vitt vin	1 litet glas starkvin	4 cl sprit t.ex. whisky

Har du sedan föregående periodiska hälsoundersökning vårdats på sjukhus eller behandlats av läkare för sjukdom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du sedan föregående undersökning varit sjukskriven mer än 4 veckor eller haft upprepade korta sjukfall? (6 eller flera under en tolv månaders period.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Anser du dig för närvarande vara fullt frisk?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Läkarens kommentarer:		

**Underskrift**

Jag försäkrar att jag har besvarat ovanstående uppgifter sanningsenligt

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	

**Denna sida ska fyllas i av undersökande sköterska/läkare**

Datum	Sköterska/läkare
-------	------------------

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

Längd (cm)	Vikt (kg)	Blodtryck mmHg	Blodsocker (mmol/l)
------------	-----------	----------------	---------------------

**Hörsel**

Hörbarhet i dB	500 Hz	1000 Hz	2000 Hz
Höger öra			
Vänster öra			

**Vid klinisk indikation**

PEth	CDT %
------	-------

**Drogtest**

u.a.                       pos.                       ej utförd

**Övriga prover**

--

**Syn**

Synskärpa	okorrigerat	korrigerat	sfärisk korr	cylinder korr*
Höger öga				
Vänster öga				
Binokulärt				

\*Uppgift om cylinderkorrektion behövs för att kunna få besked om korrektion i den mest brytande meridianen

Seende på när- och mellanavstånd (med eller utan korrektion)	<input type="checkbox"/> tillräckligt	<input type="checkbox"/> otillr.
--	---------------------------------------	----------------------------------

Synfält enligt Donders		
Höger öga	<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> defekt
Vänster öga	<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> defekt

Färgsinne	<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> defekt
-----------	-------------------------------	---------------------------------

**Föreligger det eller finns det misstanke om:**

- hjärt- och kärlsjukdom	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- diabetes	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- sömn- eller vakenhetsstörning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- substansbrukssyndrom orsakat av alkohol, narkotika eller andra medel med liknande effekter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- epilepsi eller annat neurologiskt tillstånd	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Personnummer (ÅÅÅÅMMDD-XXXX)

- demens eller annan kognitiv störning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- psykisk sjukdom eller störning	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- påverkan på rörelseorganens funktioner	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- påverkan på hörsel funktionen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- påverkan på synfunktionen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- annat	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Läkarens kommentarer:

### Underskrift av läkare

Datum	Namnförtydligande	
Läkarens underskrift		
Adress	Telefonnummer	

Blanketten ska normalt behållas vid undersökande mottagning.