

Spørgeskema til helbreds kontrol ved natarbejde

Basisoplysninger:

Navn		
Alder		
Køn	Mand <input type="checkbox"/>	Kvinde <input type="checkbox"/>
Firma		
Arbejdssted		

Arbejdet:

Stillingsbetegnelse		
Arbejdstid	Antal timer pr. uge:	Fast nathold <input type="checkbox"/> Skiftehold <input type="checkbox"/>
Arbejdsopgaver		
Opfatter du arbejdet som	Ensformigt <input type="checkbox"/>	Variert <input type="checkbox"/>
Hvor lang tid har du haft natarbejde i denne omgang?	Måneder	År
Har du tidligere haft natarbejde?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Helbred:

Har du eller har du haft følgende		
Psykiske problemer, f.eks. stress, angst, nervøsitet	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Psykiske reaktioner, f.eks. irritabilitet, rastløshed, tristhed	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Depression	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Appetitforstyrrelser, forstoppelse og løs mave (diare)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Mavesår	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Sukkersyge	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Hjertekarsygdomme	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Forhøjet kolesteroltal	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Allergi	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Kramper	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Tilbagevendende hovedpine	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Sygdomme i bevægeapparatet (f.eks. gigt)	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
Problemer med potens eller sexlyst	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Søvn:

A-menneske B-menneske

Antal timer søvn om natten før natskift

Antal timer søvn mellem 2 natskift

Muligt at sove uforstyrret efter natskift

Svært ved at falde i søvn

Nej Ja, men sjældent Ja, ofte

Svært ved at sove igennem

Nej Ja, men sjældent Ja, ofte

Gennemsnitlig søvnlængde

Under 4 timer 4-5 timer 5-6 timer 6-8 timer

Træthedsfornemmelse

Aldrig Sjældent Af og til Ofte

Særligt for kvinder:

Har eller har haft brystkræft Ja Nej

Er gravid Ja Nej

Problemer/gener ved tidligere graviditeter Ja Nej

Sygefravær:

Sygefravær pr. år de seneste 2 år

Ingen Højest 9 dage 10-20 dage Mere end 20 dage

Kost:

Kost ved natarbejde

Morgenmad bestående af

Frokost bestående af

Aftensmad bestående af

Mellemmåltider bestående af

Antal mellemmåltider pr. dag

Kost ved dagarbejde

Morgenmad bestående af

Frokost bestående af

Aftensmad bestående af

Mellemmåltider bestående af

Antal mellemmåltider pr. dag

