

SPØRGESKEMA TIL HELBREDSTJEK 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:		Skiftehold:
Arbejdsopgaver:				
Opfatter du arbejdet som		Ensformigt <input type="checkbox"/>	Variert <input type="checkbox"/>	Har du tidligere haft natarbejde? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Hvor lang tid har du haft natarbejde i denne omgang?			Måneder	År
Hvor mange vagter har du pr. måned?		Antal:	Varighed:	

HELBRED

Har du eller har du haft følgende:					
Psyriske problemer, fx stress, angst, nervøsitet	Ja	Nej			
Psyriske reaktioner, fx irritabilitet, rastløshed, tristhed	Ja	Nej			
Depression	Ja	Nej			
Appetitforstyrrelser, forstoppelse og løs mave (diarre)	Ja	Nej			
Mavesår	Ja	Nej			
Forhøjet blodtryk	Ja	Nej			
Sukkersyge	Ja	Nej			
Hjertekarsygdomme	Ja	Nej			
Forhøjet kolesteroltal	Ja	Nej			
Allergi	Ja	Nej			
Kramper	Ja	Nej			
Tilbagevendende hovedpine	Ja	Nej			
Sygdomme i bevægeapparatet (fx gigt)	Ja	Nej			
Problemer med potens eller sexlyst	Ja	Nej			
Hvordan vurderer du dit eget helbred	Meget godt <input type="checkbox"/>	Godt <input type="checkbox"/>	Nogenlunde <input type="checkbox"/>	Dårligt <input type="checkbox"/>	Meget dårligt <input type="checkbox"/>

SØVN

Er du A-menneske:		Er du B-menneske:		
Antal timers søvn om natten før natskift:		Antal timer søvn mellem 2 natskift:		
Muligt at sove uforstyrret efter natskift	Ja	Ofte	Sjældent	Nej
Svært ved at falde i søvn	Ja	Ofte	Sjældent	Nej
Svært ved at sove igennem	Ja	Ofte	Sjældent	Nej
Gennemsnitlig søvnlængde	Under 4 timer	4-5 timer	5-6 timer	Over 6 timer
Træthedsfølelse	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 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:	

RYGNING

Ryger (hvis ja, hvor meget pr. dag)	Ja	Nej
-------------------------------------	----	-----

ALKOHOL OG STIMULANSER

Hvor mange genstande pr. uge			
Nuværende eller tidligere problemer med for højt alkoholforbrug:		Ja	Nej
Forbrug af andre stimulanter		Ja	Nej

MOTION

Antal timer pr. uge med gang, cykling og havearbejde	
Antal timer pr. uge med idræt/anden motion	

FAMILIE OG FRITID

Har du svært ved at deltage i fritidsaktiviteter, videreuddannelse og kontakt med familie og venner	Ja	Nej
---	----	-----

YDERLIGERE KOMMENTARER
