

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

Obs! Blanketten gäller **inte** för lokförare med förarbevis och kompletterande intyg.

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

### Personuppgifter

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

### Typ av undersökning (se förklaringar på sida 6)

|  |   |  |
|--|---|--|
| Är undersökningen en undersökning före anställning/utbildning eller en periodisk undersökning? | Före anställning/utbildning<br><input type="checkbox"/> (4.7.2.1) | Periodisk undersökning<br><input type="checkbox"/> (4.7.2.2) |
|--|---|--|

### 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:  |                             |                              |

**Syn**

Har du märkt någon synrubbing såsom:

- när- eller långsynthet?  Ja  Nej
- dubbelseende?  Ja  Nej
- sämre mörkerseende?  Ja  Nej
- annan synrubbing?  Ja  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?  Ja  Nej

Om svaret är ja, ange sjukdomen:

Läkarens kommentarer:

**Hörsel**

Har du svårt att höra:

- när flera pratar samtidigt?  Ja  Nej
- samtal i:
- telefon?  Ja  Nej
- kommunikationsradio?  Ja  Nej
- tyst miljö?  Ja  Nej
- miljöer med störande bakgrundsljud?  Ja  Nej

Använder du hörapparat?  Ja  Nej

Läkarens kommentarer:

**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>  |  |

**Alkoholvanor**

Hur ofta dricker du alkohol?






Aldrig                       1 gång/månad eller mer sällan                       2-4 ggr/månad

2-3 ggr/vecka                       4 ggr/vecka eller mer

Hur många "glas" dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

1-2                       3-4                       5-6                       7-9                       10 eller fler

Exempel: med ett "glas" menas:

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| 45 cl folköl  | 33 cl starköl   | 1 glas rött<br>el. vitt vin   | 1 litet glas<br>starkvin  | 4 cl sprit<br>t.ex. whisky  |

Har du sedan föregående periodiska hälsoundersökning vårdats på sjukhus eller behandlats av läkare för sjukdom?                       Ja                       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.)                       Ja                       Nej

Anser du dig för närvarande vara fullt frisk?                       Ja                       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 syn funktionen.             | <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     |  |

**Förklaringar**

- Med "undersökning före anställning/utbildning" avses en undersökning enligt TSD Drift 4.7.2.1. Sådan undersökning ska ske då den som undersöks inte tidigare har godkänts vid hälsoundersökning för arbete med säkerhetskritiska arbetsuppgifter. Vid sådan undersökning ingår en inledande psykologisk bedömning i undersökningen enligt TSD Drift 4.7.2.1.2.
- Med "periodisk undersökning" avses en undersökning enligt TSD Drift 4.7.2.2.
- Originalblanketten ska normalt behållas av undersökande mottagning.