

## SPØRGESKEMA TIL HELBREDSKONTROL VED NATARBEJDE

### BASISOPLYSNINGER:

Navn

Alder

Køn

Mand

Kvinde

Firma

Arbejdssted

### ARBEJDET:

Stillingsbetegnelse

Arbejdstid

Antal timer pr. uge:

Fast nathold

Skiftehold

Arbejdsopgaver

Opfatter du arbejdet som

Ensformigt

Varieret

Hvor lang tid har du haft natarbejde i denne omgang?

Måneder

År

Har du tidligere haft natarbejde?

Ja

Nej

### HELBRED:

Har du eller har du haft følgende

Psykiske problemer, f.eks. stress, angst, nervøsitet

Ja

Nej

Psykiske reaktioner, f.eks. irritabilitet, rastløshed, tristhed

Ja

Nej

Depression

Ja

Nej

Appetitforstyrrelser, forstoppelse og løs mave (diare)

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 (f.eks. gigt)	Ja	Nej
Problemer med potens eller sexlyst	Ja	Nej

### SØVN:

A-menneske <input type="checkbox"/>	B-menneske <input type="checkbox"/>
Antal timers søvn om natten før natskift	
Antal timer søvn mellem 2 natskift	
Muligt at sove uforstyrret efter natskift	
Svært ved at falde i søvn	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Nej <input type="checkbox"/> Ja, men sjældent <input type="checkbox"/> Ja, ofte <input type="checkbox"/>	
Svært ved at sove igennem	
Nej <input type="checkbox"/> Ja, men sjældent <input type="checkbox"/> Ja, ofte <input type="checkbox"/>	
Gennemsnitlig søvnlængde	
Under 4 timer <input type="checkbox"/> 4-5 timer <input type="checkbox"/> 5-6 timer <input type="checkbox"/> 6-8 timer <input type="checkbox"/>	
Træthedsfølelse	
Aldrig <input type="checkbox"/> Sjældent <input type="checkbox"/> Af og til <input type="checkbox"/> Ofte <input type="checkbox"/>	

### SÆRLIGT FOR KVINDER:

Har eller har haft brystkræft	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Er gravid	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Problemer/gener ved tidligere graviditeter	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

### SYGEFRAVÆR:

Sygefravær pr. år de seneste 2 år			
Ingen <input type="checkbox"/> Højest 9 dage <input type="checkbox"/> 10-20 dage <input type="checkbox"/> Mere end 20 dage <input type="checkbox"/>			

### 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		
<b>RYGNING:</b>		
Ryger	Ja	Nej
Hvis ja, hvor meget pr. dag		
<b>ALKOHOL OG STIMULANSER:</b>		
Hvor mange genstande pr. uge		
Nuværende eller tidligere problemer med for højt alkoholforbrug	Ja	Nej
Forbrug af andre stimulanser	Ja	Nej
<b>MOTION:</b>		
Antal timer pr. uge med gang, cykling og havearbejde		
Antal timer med idræt/anden motion hver uge		
<b>FAMILIE OG FRITID:</b>		
Har du vanskeligheder med at deltage i fritidsaktiviteter, videreuddannelse og kontakt med familie og venner	Ja	Nej
<b>YDERLIGERE KOMMENTARER:</b>		