

Hälsodeklaration sid 1-5 (9) fylls i före besöket av den som ska undersökas, men undertecknas i läkarens närvaro. Blanketten ska behållas av läkaren.

Avser bedömning av personal med säkerhetskritiska arbetsuppgifter enligt Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2019:112) om hälsoundersökning och hälsotillstånd för personal med säkerhetskritiska arbetsuppgifter inom järnvägen.

Avser bedömning av personal med arbetsuppgifter av betydelse för säkerheten enligt Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2019:113) om hälsoundersökning och hälsotillstånd för personal med arbetsuppgifter av betydelse för säkerheten inom tunnelbana och spårväg.

Personuppgifter

Namn		Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
Adress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer bostad (även riktnummer)/mobiltelefonnummer		Telefonnummer arbete (även riktnummer)

Identiteten är styrkt genom: (ifylls av läkaren)

--

Funktioner och specifika arbetsuppgifter (se 7 § i TSFS 2019:113 eller 8 § i TSFS 2019:112)

Vilken/vilka säkerhetskritiska arbetsuppgifter avser undersökningen

- framföra fordon
- leda eller övervaka spårtrafik
- bedöma trafiksäkerheten hos fordon eller spåranläggningar, eller
- i övrigt bedriva trafik och arbete på spår enligt verksamhetsutövarens säkerhetsordning eller säkerhetsstyrningssystem

Beskriv vilken/vilka specifika arbetsuppgifter den enskilde utför:

--

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

	Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)
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?	<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?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Använder du kontaktlinser?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Är färgsinnet tidigare undersökt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, var färgsinnet då normalt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

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

Har du sömnproblem? (t.ex. snarkningar/andningsuppehåll)

 Ja Nej

Om svaret är ja, ange på vilket sätt:

Har du besvär med skiftgång eller nattarbete?

 Ja Nej

Om svaret är ja, ange på vilket sätt:

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

Har du varit utsatt för svårare kroppsskada? Om svaret är ja, ange skadans art:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du vid något tillfälle tagits ur tjänst i samband med olyckshändelse eller ett tillbud? Om svaret är ja, ange när och varför:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Behandlas eller kontrolleras du för någon sjukdom eller funktionsnedsättning? Om svaret är ja, ange på vilken eller vilka:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Använder du:		
- lugnande medel/sömnmedel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- smärtstillande medel?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- annan medicin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Om svaret är ja, ange vilken eller vilka mediciner:		
Har du sedan föregående regelbundna hälsoundersökning använt narkotika eller anabola steroider? Om svaret är ja, ange vad och när:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du sedan föregående regelbundna hälsoundersökning vårdats på sjukhus eller behandlats av läkare för sjukdom? Om svaret är ja, ange för vad och när:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du sedan föregående regelbundna hälsoundersökning varit sjukskrivnen mer än fyra veckor eller haft upprepade korta sjukfall? Om svaret är ja, ange för vad och när:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

Anser du dig för närvarande vara fullt frisk?

 Ja

 Nej

Om svaret är nej, ange varför:

Läkarens kommentarer:

Användning av alkohol och droger – personens självskattning

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
el. vitt vin

 1 litet glas
starkvin

 4 cl sprit
t.ex. whiskey

Använder du droger?

 Ja

 Nej

Läkarens kommentarer:

Underskrift

Jag försäkrar att jag har besvarat ovanstående uppgifter sanningsenligt

Datum

Namnförtydligande

Underskrift

Personnummer (ÅÅMMDD-XXXX)

Denna sida ska fyllas i av undersökande sköterska/läkare

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

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

Hörsel

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

Vid klinisk indikation
Alkohol

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

Droger

<input type="checkbox"/> u.a.	<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> 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

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

Bedömning – det föreligger eller finns 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 (ÅÅMMDD-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 hörselfunktionen | <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 |

Om någon av ovanstående frågor besvarats ja, avser svaret någon av de sjukdomar eller tillstånd som enligt föreskrifterna utgör ett direkt hinder att utföra arbetsuppgifterna enligt Transportstyrelsens föreskrifter TSFS 2019:112 eller TSFS 2019:113?

Ja Nej

Om någon av ovanstående frågor besvarats ja, och det inte föreligger ett direkt hinder enligt föreskrifterna – utgör sjukdomen eller tillståndet någon trafiksäkerhetsrisk i förhållande till de arbetsuppgifter som personen utför? (För mer information se under upplysningar)

Ja Nej

Läkarens kommentarer:

Upplysningar**Enligt Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, TSFS 2019:112 och TSFS 2019:113, gäller följande om personens hälsotillstånd:**

Av 4 § i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2019:112) om hälsoundersökning och hälsotillstånd för personal med arbetsuppgifter av betydelse för personal med säkerhetskritiska arbetsuppgifter inom järnvägen följer att en person som utför arbetsuppgifter av betydelse för säkerheten/säkerhetskritiska arbetsuppgifter får inte

1. ha sjukdomar eller tillstånd med konsekvenser som innebär en trafiksäkerhetsrisk, eller
2. använda läkemedel eller andra medel med konsekvenser som innebär en trafiksäkerhetsrisk.

Av 5 § i nämnda föreskrifter framgår att med konsekvenser som innebär en trafiksäkerhetsrisk avses enligt föreskrifterna

1. påverkan på medvetandet,
2. nedsatt uppmärksamhet eller koncentration,
3. plötslig förlust av funktionsförmågan,
4. nedsatt balans eller koordination, eller
5. betydande begränsningar av rörligheten.

Av 6 § följer att konsekvenser som innebär en trafiksäkerhetsrisk ska bedömas i det individuella fallet.

Arbetsuppgifter av betydelse för säkerheten/säkerhetskritiska arbetsuppgifter får utföras om

1. en läkare bedömer att hälsotillståndet eller följderna av bruket av läkemedel eller andra medel inte innebär en trafiksäkerhetsrisk, och
2. något annat inte anges i föreskrifterna.

Av 7 § följer att om läkaren bedömer att en person har flera sjukdomar eller tillstånd som tillsammans vid en sammantagen bedömning innebär en trafiksäkerhetsrisk, får personen inte utföra arbetsuppgifter av betydelse för säkerheten/säkerhetskritiska arbetsuppgifter. Detta gäller även om sjukdomarna eller tillstånden var för sig inte utgör hinder att utföra arbetsuppgifterna enligt föreskrifterna.

Enligt Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd, TSFS 2019:113 gäller följande om personens hälsotillstånd:

Av 3 § i Transportstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (TSFS 2019:113) om hälsoundersökning och hälsotillstånd för personal med arbetsuppgifter av betydelse för personal med säkerhetskritiska arbetsuppgifter inom järnvägen följer att en person som utför arbetsuppgifter av betydelse för säkerheten/säkerhetskritiska arbetsuppgifter får inte

1. ha sjukdomar eller tillstånd med konsekvenser som innebär en trafiksäkerhetsrisk, eller
2. använda läkemedel eller andra medel med konsekvenser som innebär en trafiksäkerhetsrisk.

Av 4 § i nämnda föreskrifter framgår att med konsekvenser som innebär en trafiksäkerhetsrisk avses enligt föreskrifterna

1. påverkan på medvetandet,
2. nedsatt uppmärksamhet eller koncentration,
3. plötslig förlust av funktionsförmågan,
4. nedsatt balans eller koordination, eller
5. betydande begränsningar av rörligheten.

Av 5 § följer att konsekvenser som innebär en trafiksäkerhetsrisk ska bedömas i det individuella fallet.

Arbetsuppgifter av betydelse för säkerheten/säkerhetskritiska arbetsuppgifter får utföras om

1. en läkare bedömer att hälsotillståndet eller följderna av bruket av läkemedel eller andra medel inte innebär en trafiksäkerhetsrisk, och
2. något annat inte anges i föreskrifterna.

Av 6 § följer att om läkaren bedömer att en person har flera sjukdomar eller tillstånd som tillsammans vid en sammantagen bedömning innebär en trafiksäkerhetsrisk, får personen inte utföra arbetsuppgifter av betydelse för säkerheten/säkerhetskritiska arbetsuppgifter. Detta gäller även om sjukdomarna eller tillstånden var för sig inte utgör hinder att utföra arbetsuppgifterna enligt föreskrifterna.

Förtydligande gällande arbetsuppgifter av betydelse för säkerheten/säkerhetskritiska arbetsuppgifter enligt TSFS 2019:112 eller TSFS 2019:113

Arbetsuppgifterna av betydelse för säkerheten/säkerhetskritiska arbetsuppgifter innehåller funktioner som innebär att

1. framföra fordon,
2. leda eller övervaka spårtrafik,
3. bedöma trafiksäkerheten hos fordon eller spårplanläggningar, eller
4. i övrigt bedriva trafik och arbete på spår enligt verksamhetsutövarens säkerhetsordning eller säkerhetsstyrningssystem.

Exempel på de olika yrkesroller som arbetsuppgifterna kan innehålla återfinns i föreskrifternas 7 § eller 8 § i de allmänna råden. Det är ytterst verksamhetsutövaren som fastställer vilka dessa arbetsuppgifter är.

Följande frågeställningar är viktiga att få svar på angående personens arbetsuppgifter:

1. Vilken benämning har personens arbetsuppgifter eller yrkesroll (till exempel tillsyningsman, förare, signalsäkerhetskontrollant)?
2. Vilka specifika arbetsuppgifter utför personen hos det företag han eller hon arbetar hos?
3. Varför är arbetsuppgifterna av betydelse för säkerheten/säkerhetskritiska (saknas det till exempel barriärer som säkerhetsgrepp eller annan persons kontroll som kan träda in)?
4. Vilka av personens arbetsuppgifter av betydelse för säkerheten/säkerhetskritiska arbetsuppgifter kan påverkas av dennes hälsotillstånd och vilka konsekvenser kan det bli om dessa arbetsuppgifter utförs på fel sätt?

Följande frågeställningar är viktiga att få svar på angående personens hälsotillstånd:

1. Har personen några sjukdomar och i så fall vilka?
2. Har personen några specifika symptom utifrån sitt hälsotillstånd?
3. Har personen någon medicinering och i så fall vilka, hur är följsamheten och finns det några biverkningar?
4. Har personen flera sjukdomar som tillsammans skulle kunna få en påverkan på trafiksäkerheten?

Uppgifterna i denna blankett ska behandlas i enlighet med dataskyddsförordningen (EU 2016/679).