

Arbeid med forsøksdyr

Opplysningsskjema ved 1. gangs helsekontroll

Dato for helsekontroll:.....

Med **arbeid med forsøksdyr** mener vi at en arbeider med forsøksdyr selv eller at en oppholder seg i rom der det arbeides med forsøksdyr. Håndtering av små vevsbiter og blod fra forsøksdyr oppfattes ikke som arbeid med forsøksdyr såfremt en ikke jevnlig utsettes for hudkontakt. Arbeid eller opphold i rom med forsøksdyr skal videre forekomme mer enn 40 t samlet pr år eller mer enn 1 time pr uke.

1. PERSONALIA

Navn:.....

Fødselsnr:.....

Arbeidssted:.....

Stilling:.....

Telefonnr. arbeid:.....

2. ARBEID MED FORSØKSDYR

Har du startet arbeid med forsøksdyr? Ja Nei

Hvis ja, fyll ut spørsmålene nedenfor:

Hvilke dyr har du arbeidet med? (kryss av)

Når hadde du første gang kontakt med forsøksdyr ?

| | | |
|---------------------------------|------------|----------|
| Mus: <input type="checkbox"/> | Dato:..... | År:..... |
| Rotte: <input type="checkbox"/> | Dato:..... | År:..... |
| Katt: <input type="checkbox"/> | Dato:..... | År:..... |
| Kanin: <input type="checkbox"/> | Dato:..... | År:..... |
| Andre: <input type="checkbox"/> | Dato:..... | År:..... |

Hvor mange uker/måneder/år vil du anslå at du har utført arbeid forsøksdyr alt i alt (> 1 time pr uke)? Hvor mange timer i gjennomsnitt pr uke

Ved hvilken type arbeid forekommer kontakten med forsøksdyr ?.....

.....

Brukes verneutstyr ved arbeid med forsøksdyr?

| | Alltid | Vanligvis | Sjelden/aldri |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avtrekksskap/kabinett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hansker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Egen frakk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plastforkle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Åndedrettsvern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ANDRE ARBEIDSMILJØEKSPONERINGER

Utsettes du i arbeidssituasjonen din for andre stoffer(kjemiske stoffer/biologiske agens) som gir deg helseplager?

Hvilke stoffer?.....
.....

Hvilke plager?.....
.....

3. HELSEPLAGER

Har dine foreldre, søsken eller barn hatt noen form for allergi?

| | | |
|-----------------|-----------------------------|------------------------------|
| Astma | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Eksem/elveblest | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Høysnue | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |

Har du hatt noen av sykdommene nevnt under ?

| | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|--|
| Astma | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Siste år ? ja <input type="checkbox"/> |
| Høysnue (allergiske neseplager/rhinit) | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Siste år ? ja <input type="checkbox"/> |
| Allergisk øyelidelse (allergisk conjunctivitt) | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Siste år ? ja <input type="checkbox"/> |
| Atopisk eksem (barneeksem) | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Siste år ? ja <input type="checkbox"/> |
| Elveblest(urticaria) | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Siste år ? ja <input type="checkbox"/> |
| Håndeksem | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> | Siste år ? ja <input type="checkbox"/> |

Får du noen av de følgende symptomer under eller etter kontakt med forsøksdyr?

| | ja | nei |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Pipelyder i brystet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anfall av tung pust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hoste som varer lenger enn 14 dager | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kløende, rennende øyne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neseplager (kløe, renning, nysing eller nesetetthet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Svie, tørrhet i svelg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elveblest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hudkløe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utslett, eksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har du symptomer under eller etter arbeid med andre stoffer, produkter (herunder spesielt reaksjon på latekshansker),? Angi hvilke stoff, produkter ?

| | ja | nei | stoff/produkt |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Pipelyder i brystet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Anfall av tung pust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hoste som varer lenger enn 14 dager | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Kløende, rennende øyne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| Neseplager (kløe, renning, nysing eller nesetetthet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Svie, tørrhet i svelg | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Elveblest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Hudkløe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Utslett, eksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Kommentarer eller andre symptomer du ønsker en nærmere vurdering av?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. RØYKEVANER

| | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Røyker du daglig for tiden? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Hvis du ikke røyker nå, har du røykt tidligere? | Ja <input type="checkbox"/> | Nei <input type="checkbox"/> |
| Hvis ja, hvor lenge er det siden du sluttet? | Mindre enn tre måneder? | <input type="checkbox"/> |
| | 3 måneder – 1 år? | <input type="checkbox"/> |
| | 1 – 5 år? | <input type="checkbox"/> |
| | Mer enn 5 år? | <input type="checkbox"/> |

Besvares av dem som røyker nå eller har røykt tidligere:

Hvor mange år har du røykt daglig? Antall år:.....

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du daglig? Antall sigaretter:.....

FOR HMS-seksjonen:

(fylles ut etter gjennomgang av skjema og samtale)

Foreligger økt risiko for allergiutvikling (atopitendens)? Ja Nei

Foreligger det symptomer som kan tyde på allergi mot forsøksdyr? Ja Nei
(legeundersøkelse skal da utføres)

Neste oppfølging: Videre utredning hos lege (_____ dato)

Neste helsekontroll (_____ måned/år)

Ingen videre oppfølging nå, tar kontakt med behov, får tilbud om helsekontroll årlig