

# Arbeid med forsøksdyr

Opplysningsskjema ved *oppfølging* av arbeidstakere etter ..... års arbeid med forsøksdyr.

Dato: .....

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

## 1. PERSONALIA

navn ..... fødselsnummer .....

arbeidssted .....

stilling ..... telefonnr. arbeidsted .....

## 2. HVILKE DYR ARBEIDER DU MED (SETT KRYSS)?

Mus:  Rotte:  Katt:  Kanin:  Andre:  .....

Hvor mye har du arbeidet med forsøksdyr siden forrige kontroll?:

- timer i gjennomsnitt pr. uke .....
- dager pr. måned .....
- ... og når jobbet du sist med forsøksdyr ? .....

## 3. BRUKER DU VERNEUTSTYR NÅR DU ARBEIDER MED FORSØKSDYR?

	alltid	vanligvis	sjelden/aldri
avtrekkskap/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"/>

## 4. FÅR DU NOEN AV DISSE SYMPTOMENE UNDER ELLER KORT TID ETTER KONTAKT MED FORSØKSDYR?

	nei	ja
kløende, rennende øyne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
neseplager (kløe, renning, nysing eller tett nese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
svie eller tørrhet i svelget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pipelyder i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anfall av tung pust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoste som varer lengre enn 14 dager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hudkløe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elveblest/urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
utslett/eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. FÅR DU NOEN AV DISSE SYMPTOMENE UNDER ELLER KORT TID ETTER ARBEID MED ANDRE STOFFER/PRODUKTER PÅ ARBEIDSSTEDET?

	nei	ja	stoff/produkt
kløende, rennende øyne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
neseplager (kløe, renning, nysing eller tett nese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
svie eller tørrhet i svelget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
pipelyder i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
anfall av tung pust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
hoste som varer lengre enn 14 dager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
hudkløe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
elveblest/urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
utslett/eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

6. HAR DU, UANSETT ÅRSÅK, FÅTT PÅVIST ALLERGISKE PLAGER SIDEN FORRIGE KONTROLL?

	ja, nytt for meg	kjent fra før	nei
astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
høysnue (allergiske plager i nesen/rhinitt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allergiske øyeplager (conjunctivitt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elveblest/urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
håndeksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nærmere opplysninger:.....  
 .....

7. BLIR DU I ARBEIDSMILJØET UTSATT FOR STOFFER/PÅVIRKNINGER SOM GIR DEG ANDRE HELSEPLAGER?

Hvilke stoffer? .....

Hvilke plager? .....

8. RØYKEVANER

Har du endret røykevaner siden forrige kontroll?    nei    ja  
     .....

I hvor mange dager har du røykt tobakk i løpet av siste måned? ..... dager

FOR HMS-AVD.

		nei	ja
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreligger det symptomer som kan tyde på allergi mot forsøksdyr?			
Neste kontroll:	<input type="checkbox"/>	til lege	( _____ dato)
	<input type="checkbox"/>	ny helsekontroll	( _____ mnd/år)
	<input type="checkbox"/>	ingen videre oppfølging nå, tar kontakt ved behov	