



## Standardformulär för friskundersökning av yrkesdykare

Familjenamn / Tilltalsnamn: \_\_\_\_\_

Födelsedata: \_\_\_\_\_

Plats för patientkortsavtryck

Gatuadress: \_\_\_\_\_

Postnummer / Ort: \_\_\_\_\_

Plats för foto

Land: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Yrke / Typ av dykning: \_\_\_\_\_

Tidigare undersökning

Arbetsgivare / Utbildare: \_\_\_\_\_

Datum.....

Plats.....

### Stor undersökning (Person- / sjukhistoria)

(Vid förstagångs- och upprepade undersökningar)

För att undvika missförstånd och missuppfattningar bör läkaren gå igenom frågorna med den som skall undersökas. Detta ger dessutom läkaren en ökad möjlighet att bedöma allmäntillstånd och psyke. Den undersökte skall kunna legitimera sig och dennes namnteckning nedan skall bevitnas. Formuläret kan lämnas till den som skall undersökas i god tid före undersökningen för genomgång av frågorna.

- |  | Anm                      | UA                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Dykhistoria / motivation bakom dykningen (Tidigare dykerfarenhet, utbildningsnivå, typ av dykning, yrkesmålsättning) tidigare dykrelaterade olycksfall och sjukdom. Kontrollera dykarens loggbok. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sportaktiviteter, träningsfrekvens, tidigare sportmedicinska bedömningar. Sjukskrivningsperioder längre än 3 v under de senaste 3 åren. Hinder för militärtjänst.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sjukhusvistelser, kirurgiska ingrepp, trauma / olyckor  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Läkarnamn, medicinsk behandling sedan den senaste stora undersökningen för dykning (Fråga om läkarnamn och datum)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Förändring i längd eller vikt under det senaste året.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Mediciner och läkemedel (Tidigare och aktuella)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Rökning, alkohol, droger  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Allergi, ögonklåda, snuva, astma eller eksem  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Öronproblem, mellanöroninflammation, brusten trumhinna eller hörselnedsättning, (även ensidig audiogram)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Yrsel, medvetandesänkning  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bihåleproblem  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Tandproblem, proteser  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Andningsproblem (andnöd, hosta, slem, luft i lungsäck eller astma)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Tidigare eller aktuella hjärt- kärlproblem, onormalt blodtryck   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Sockersjuka eller annan metabol eller hormonell sjukdom  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Skelett- muskelbesvär (rygg eller ledsmärtor, rheumatism, ledbesvär, skador)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Syn (linser) färgseende  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Epilepsi (kramper, absenser, hyperventilationskramper)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Psykiatriska eller psykologiska problem (ångest, depression, panikångest, cellskräck. Tidigare behandling)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Graviditet   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Familjehistoria  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anmärkningar:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Var god vänd



# Standardformulär för friskundersökning av yrkesdykare

Plats för patientkortsavtryck

## Stor undersökning (Läkarundersökning)

Dessa undersökningar utgör ett minimum. Vid tveksamhet och om sjukhistorien så indikerar skall ytterligare undersökningstekniker användas.

	Anm	UA
1. Längd, vikt, BMI. ....cm.....kg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otoscopi med Valsalva och Toynbee för trumhinneundersökning samt enkel hörseltest. Vid tveksamhet görs mikroskopi, tympanogram och audiogram	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Undersökning av näsa, munhåla med tänder, epi- och hypopharynx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neurologi och rörelsesystem: Nystagmus (spontan och efter huvudrörelse) skärpt Ronberg test, sensibilitet och motorfunktion, hållning, finger plock, reflexer (Patella och Achilles etc) cranialnerver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Auscultation av hjärta och lungor, BT,.....mmHg. HR .....slag/min (vid fynd eller bltr > 140/90 se kontraindikationer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vid ålder >45 gör maxtest/ arbets-EKG hos kardiolog eller klinfysiologisk avdelning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lungfunktion, dynamisk och statisk spirometri inklusive FEV <sub>1,0</sub> FVC och flödes / volymkurva. (Om resultatet ligger sämre än 80% av normalvärdet se kontraindikationer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Arbetskapacitetbestämning. ....ml O <sub>2</sub> /kg (Om kapaciteten ligger under erforderligt för åldern se kontraindikationer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Laboratoriemätningar: Blodbild, hämatokrit.....%, blodsocker .....mmol/l, (Uteslut möjlig Sicklecellanemi) Urinsticka protein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bukundersökning (Hernia, operationsärr, resistanser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Psykologisk bedömning (Se introduktion och kontraindikationer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ytterligare undersökningar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Vid misstanke om strukturella lungförändringar gör lung rtg eller spiraltomografi (för att utesluta emfysematösa bullae		
ii. Screening för bennekros görs på dykare som dyker i snitt 20 tim/vecka och djupare än 30 m. (MR eller rtg av höfter och axlar antero-posteriort samt blodtest för lipider)		
iii. Konsultation hos specialist eller dykerimedicensk specialist.....		
iv. Audiogram om erforderligt enligt lokala bestämmelser		

Slutsatser och kommentarer (meddelade till den undersökte) Synpunkter till den undersökte

---

---

---

---

---

---

---

---

Datum / Plats.....

Underskrift av undersökande läkare.....

Plats för  
stämpel

Namnförtydligande..... Telefon.....

Den undersöktes namnunderskrift.....