

**Frågeformulär angående allergibesvär vid härdplastarbete**

1. **Har Du, de senaste 12 månaderna, haft besvär med anfall av:**  
(Obs! Vanliga Förkylningar räknas ej)

	Ja	Nej
- Kliande, rinnande eller svidande ögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rinnsnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nästäppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nysningar och/eller näsklåda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Näsblood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sveda och torrhet i svalget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pip, andfåddhet och/eller tryckkänsla i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Svår rethosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. **Har du efter barndomen, men före anställningen vid företaget haft anfall av något/några av följande besvär?**

	Ja	Nej
- Kliande, rinnande och/eller svidande ögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Rinnsnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nästäppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nysningar och/eller näsklåda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Näsblood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Sveda och torrhet i svalget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pip, andfåddhet och/eller tryckkänsla i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Svår rethosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Får Du anfall av pip, anfäddhet och/eller tryckkänsla i bröstet när Du utsätts för:**

- |  | <b>Ja</b>                | <b>Nej</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Kroppsansträngning                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Kyla                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Starka dofter (parfym, lösningsmedel etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - En eller annan form av rök eller spray     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4. Har Du eller har Du haft något av följande besvär:**

- |                                  | <b>Ja</b>                | <b>Nej</b>               |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Astma                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hösnuva                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Kronisk luftrörskatarr/emfysem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Böjvecksexem                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om ja, har Du haft besvären före 15 års ålder?

- |                                  | <b>Ja</b>                | <b>Nej</b>               |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Astma                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hösnuva                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Kronisk luftrörskatarr/emfysem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Böjvecksexem                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**5. Har Du av läkare fått diagnosen astma?**

- |  | <b>Ja</b>                | <b>Nej</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om ja, vilket år?

.....

**6. Har Du efter 15 års ålder någonsin vaknat av andnöd?**

- |  | <b>Ja</b>                | <b>Nej</b>               |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om ja, vilket år märkte Du det första gången

.....

7. Har Du efter 15 års ålder någonsin haft pip eller väsningar i bröstet?

Ja Nej

Om ja, vilket år märkte Du det första gången .....

8. Har Din andning varit normal mellan dessa tillfällen med andnöd, pip eller väsningar i bröstet?

Ja Nej

9. Blir Du lätt andfådd vid ansträngning?  
(Ex. andnöd vid gång i uppförsbacke i normal takt, andnöd vid promenad med jämnåriga på plan mark)?

Ja Nej

10. Om Du har luftvägsbesvär tar Du då regelbundet medicin?

Ja Nej

Om ja, vilka mediciner?.....  
.....  
.....

11. Är Du eller har du någonsin varit rökare?

Ja Nej

Om ja, under tiden .....