



NTNU	Måltrettet helseundersøkelse kartlegging av eksponering	Utarbeidet av	Nummer	Dato	
		Seksjon for HMS og beredskap	HMSRV-1301	11.05.2022	
HMS		Godkjent av	Side	Erstatter	
		Rektor	1 av 3	07.10.2013	

Dato: _____

Navn: _____

Fødselsnr: _____

Institutt: _____



Fastlege: _____

Skjemaet fylles ut før helseundersøkelsen/samtalen, og tas med til avtalt time ved Seksjon for HMS og beredskap, HR- og HMS-avdelingen.

Arbeidsoppgaver med mulig helseskadelig eksponering:



Evt. tidligere arbeidsoppgaver med mulig helseskadelig eksponering:

Tidsrom	Arbeidsgiver	Stilling/type arbeid

NTNU	Målrettet helseundersøkelse kartlegging av eksponering	Utarbeidet av	Nummer	Dato	
		Seksjon for HMS og beredskap	HMSRV-1301	11.05.2022	
HMS		Godkjent av	Side	Erstatter	
		Rektor	2 av 3	07.10.2013	

Kryss av i skravert felt ved aktuell eksponering:

		Evt. annet, kommentar eller spesifisering av eksponeringen:
Kjemikalier / gasser:		
Kreftfremkallende		
Løsningsmidler		
Mutagene / arvestoffskadelige		
Reproduksjonsskadelige		
Andre helsefarlige		
Biologisk materiale:		
Humant materiale		
Levende dyr		
Jord		
Avløpsvann		
Organisk støv:		
Papirstøv		
Trestøv fra harde treslag		
Støv fra dyr, for og strø		
Mineralstøv og fiber:		
Metallstøv		
Røyk		
Støv fra stein og sand		
Mørtel og betong		
Asbest		
Varmt arbeid:		
Kullbuemeisling		
Lodding		
Sliping		
Sveising / hard lodding		
Termisk skjæring / sprøyting		
Stråling:		
Ioniserende		
Synlig og usynlig optisk stråling		
Annen stråling		
Hørselsskadelig støy		

NTNU	Måltrettet helseundersøkelse kartlegging av eksponering	Utarbeidet av	Nummer	Dato	
		Seksjon for HMS og beredskap	HMSRV-1301	11.05.2022	
HMS		Godkjent av	Side	Erstatter	
		Rektor	3 av 3	07.10.2013	

Sett kryss i skraverte felt:

Tilleggsopplysninger for eksponering:

	ja	nei
Utsetter du deg for liknende eksponering utenfor arbeidstiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du opplevd tilløp til eller uhell/ulykke i forbindelse med ditt arbeid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hva skjedde og når?		
Hva slags personlig verneutstyr er det aktuelt for deg å bruke?		
Er aktuelt personlig verneutstyr tilgjengelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker du aktuelt personlig verneutstyr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Helseopplysninger (Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt):

	ja	nei
Har du eller har du hatt sykdommer/plager som du tror skyldes påvirkninger i arbeidsmiljøet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilke:		
Har sykdommen/plagen ført til sykefravær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du allergi/overømfintlighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hva slags?		
Har du astma eller andre plager i luftveiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eksem eller andre problemer med huden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker du medisiner fast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilke og for hva:		
Har du problemer knyttet til bruk av personlig verneutstyr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, hvilke:		