

Attest vedrørende arbejde med ioniserende stråling

Attestens formål er at give Arbejdstilsynet oplysninger, der kan danne grundlag for at vurdere, hvorvidt den undersøgte person er fysisk og psykisk egnede til at arbejde, hvor der er risiko for udsættelse for ioniserende stråling¹.

- Afsnit 1 udfyldes af arbejdsgiveren.
- Afsnit 2 udfyldes af den beskæftigede.
- Afsnit 3 udfyldes af den læge, der tager blodprøve og foretager en helbredsundersøgelse inden personen første gang begynder at arbejde med ioniserende stråling. Det kan være af en til virksomheden tilknyttet læge eller den beskæftigedes egen læge.
- Afsnit 4 indeholder Arbejdstilsynets/arbejdslægens vurdering.

Attesten honoreres efter aftale med Lægeforeningens attestudvalg² og betales kontant ved undersøgelsen. Ved henvisning til laboratorium påføres henvisningen virksomhedens navn med henblik på særskilt fakturering.

Undersøgelsen skal normalt foregå i arbejdstiden. Betaling påhviler arbejdsgiveren.

Arbejdet med ioniserende stråling kan ikke påbegyndes før Arbejdstilsynets vurdering foreligger.

¹ Undersøgelse af personer i henhold til Arbejdstilsynets bekendtgørelse nr. 10 af 05. jan 2018 om lægeundersøgelser ved arbejde, der kan medføre udsættelse for ioniserende stråling.

² Attesten er godkendt af Den Almindelige Danske Lægeforenings attestudvalg, ID-nummer 03.01.11.02

1. Udfyldes af arbejdsgiveren inden lægekonsultationen

Den beskæftigedes	Fulde navn	Fødselsdag og -år
	Adresse	Ansættelsesdato
Virksomhedens	Navn	
	Adresse	Telefonnummer
	Art	
Virksomhedens tilknyttede læge, der foretager lægelig kontrol af de personer, der beskæftiges ved arbejde med ioniserende stråling	Navn	
	Adresse	Telefonnummer
Hvilke strålekilder kan der ske udsættelse for	<input type="checkbox"/> Røntgen	
	<input type="checkbox"/> Åbne radioaktive kilder	
	<input type="checkbox"/> Lukkede radioaktive kilder	
	<input type="checkbox"/> Protoner, neutroner eller tunge partikler	
	<input type="checkbox"/> Andet	
Resultat af eventuel dosisovervågning det sidste år		

Sted og dato

Arbejdsgiverens underskrift

2. Udfyldes af den beskæftigede inden lægekonsultation

Har du tidligere udfyldt en tilsvarende blanket? Nej Ja, hvornår? _____

Den beskæftigedes	Fulde navn	Cpr. nr.
	Adresse	
Nuværende virksomhed	Navn	Telefonnummer
	Adresse	
Alle tidligere beskæftigelser ved arbejde med ioniserende stråling	Navn	Tidsrum for beskæftigelsen
	Adresse	
	Navn	Tidsrum for beskæftigelsen
	Adresse	
	Navn	Tidsrum for beskæftigelsen
	Adresse	
	Navn	Tidsrum for beskæftigelsen
	Adresse	

Nedenstående spørgsmål besvares ved afkrydsning i ja eller nej

Har du

Øjensygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hjerte- og blodkarsygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Lungesygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hudsygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Sukkersyge <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Nyresygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Problemer med at bruge arme og ben fuldt ud <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Epilepsi eller andre nervesygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

Har du eller har du inden for de sidste fem år haft

Psykiske sygdomme <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Svimmelhedsanfald, besvimelsestilfælde eller krampeanfald <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	--

Dato _____

Den beskæftigedes underskrift givet i lægens påsyn _____

3. Lægens undersøgelse og erklæring

Lægeerklæringens formål er at give Arbejdstilsynet grundlag for at vurdere, hvorvidt den undersøgte er fysisk og psykisk egnet til at arbejde med ioniserende stråling.

Undertegnede læge har i dag undersøgt forannævnte, som

er mig bekendt

ikke er mig bekendt

Der ønskes oplysninger om følgende forhold, idet der henvises til vejledningen efter skemaet.

1. Synsstyrke		Uden korrektion	Med sædvanlig benyttet korrektion
	Højre øje		
	Venstre øje		
	Begge øjne samtidig		

Foreligger der hos undersøgte:		Ja	Nej	Supplerende bemærkning
2.	Synsfeltindskrænkning			
3.	Øjensygdom			
4.	Nedsat hørelse			
5.	Forstyrrelse af koordination og kraft i ekstremiteterne			
6.	Hjerte og- karsygdomme			
7.	Lungesygdom			
8.	Diæt-tablet- eller insulinbehandlet sukkersyge			
9.	Hudsygdom			
10.	Nedsat nyrefunktion			
11.	Epilepsi			
12.	Bevidsthedsforstyrrelser eller svimmelhed			
13.	Anden nervesygdom			
14.	Psykisk sygdom, mental svækkelse mv.			
15.	Alkoholmisbrug eller brug af bevidsthedspåvirkende stoffer			
16.	Anden sygdom eller helbredsmæssige forhold, der kan påvirke arbejdsevnen			

17. Blodstatus

Prøvenavn	Resultat
Hæmoglobin, mmol/l	
Erythrocytter, $10^{12}/l$	
Leukocytter, $10^9/l$	
Neutrofile, stavkernede*, $10^9/l$	
Neutrofile, segmentkernede*, $10^9/l$	
Neutrofile, stavkernede og segmentkernede*, $10^9/l$	
Eosinofile, $10^9/l$	
Basofile, $10^9/l$	
Lymfocytter, $10^9/l$	
Monocytter, $10^9/l$	
Trombocytter, $10^9/l$	
Serum-kreatinin, mikromol/l (kun relevant ved brug af åbne kilder)	

*Antallet af neutrofile kan angives enten som hhv. antallet af stavkernede og segmentkernede eller som det samlede antal af de to typer.

Eventuelle supplerende oplysninger:

Er der påvist noget abnormt ved undersøgelsen Ja Nej

_____, den / _____
Lægens stempel Lægens underskrift

Lægen skal sende attesten i underskrevet stand og i lukket kuvert til Arbejdstilsynet, Landskronagade 33, 2100 København Ø

Vejledning til lægen

1. Begge øjne prøves både hver for sig og samtidig. Synsstyrken angives *enten* som en brøk, hvis tæller er 6, og hvis nævner er tallet på linjen med de mindste bogstaver, som i sin helhed kan læses af undersøgte, *eller* som et decimaltal.
2. Lægen stiller sig over for undersøgte og prøver med små fingerbevægelser undersøgtes synsfelt. Hvert øje prøves for sig. Undersøgte skal kunne angive, om fingeren bevæges eller holdes stille. Grænserne prøves i lodret og vandret retning samt nedadtil tillige i skrå retning.
3. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har øjensygdom af betydning for synet.
4. Begge ører prøves samtidig i 4 meters afstand og uden brug af høreapparat. Besvares bekræftende, hvis almindelig talestemme ikke kan forstås.
5. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har nedsat herredømme over eller nedsat kraft i ekstremiteterne af betydning for arbejdsevnen.
6. Besvares bekræftende, hvis undersøgte fx har alvorlige forstyrrelser i hjerterytmen, blodtryksforstyrrelser eller angina pectoris, eller hvis undersøgte har haft hjerteinfarkt, bruger pacemaker eller har gennemgået hjerteoperationer.
7. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlige lungesygdomme af betydning for arbejdsevnen.
8. Besvares bekræftende, hvis der er konstateret sukkersyge hos undersøgte.
9. Besvares bekræftende ved lidelser, hvor der er øget risiko for absorption på grund af defekt hudbarriere.
10. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlig nyreinsufficiens, der kræver regelmæssig lægekontrol.
11. Besvares bekræftende ved grand mal (kramper med bevidsthedstab), ved petit mal (absencer) og ved andre epileptiske manifestationer.
12. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har andre bevidsthedsforstyrrelser eller svimmelhed inden for de sidste fem år.
13. Besvares bekræftende, hvis der foreligger oplysninger om andre nervesygdomme, som kan påvirke arbejdsevnen.
14. Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlige psykiske sygdomme, er psykisk udviklingshæmmet, alvorlig mentalt retarderet, alderdomssvækket eller har alvorlig svækket dømmekraft.
15. Besvares bekræftende, hvis lægen er vidende om, at undersøgte har eller har haft et afhængighedsforhold (kronisk alkoholisme) eller at undersøgte er misbruger af eller indtager bevidsthedspåvirkende stoffer eller lægemidler i et omfang, der påvirker arbejdsevnen.

4. Arbejdslægens vurdering

Arbejdstilsynets notater – arbejdslægen

- Da der intet abnormt er påvist, er den undersøgte efter mit skøn egnet til det anførte arbejde.
- Selv om der er påvist _____,
er den undersøgte efter mit skøn egnet til det anførte arbejde under forudsætning af:

- Da der er påvist _____,
er arbejdsevnen indskrænket således, at undersøgte efter mit skøn ikke er egnet til det anførte arbejde.

Dato: _____

Arbejdslægens underskrift: _____