

Lääkärintarkastuslomake tapaturmaisesta ylialtistumistilanteesta RF-kentille 1/2

Lääkäriin nimi:	Toimipaikka:	Tutkimuspäivämäärä:
-----------------	--------------	---------------------

Altistuneen työntekijän nimi:

Altistuneen työntekijän henkilötunnus:

Altistuneen työntekijän työtehtävä:

Tapahtuman aika ja kuvaus:

Esiintyykö lääkärintarkastushetkellä	Kyllä	Ei	Jos todettiin jokin yllä olevista oireista: Tarkempi kuvaus (esim. oireen paikka, voimakkuus, muuttuminen tapahtumahetkeen nähden):
Ihon kuumotusta			
Heikotusta			
Päänsärkyä			
Tasapainohäiriöitä			
Vapinaa			
Hikoilua			
Ahdistavaa oloa			
Näköhäiriöitä			
Kuulohäiriöitä			
Tuntohäiriöitä			
Kipua			
Korvien soimista			
Lihaskramppeja			

**Lääkärintarkastuslomake tapaturmaisesta
ylialtistumistilanteesta RF-kentille 2/2**

Lääkärintarkastus

Verenpaine: mmHg

Pulssi:

Neurologinen tarkastus: normaali poikkeava

Tasapainotesti (Romberg):

Tunto raajoissa:

Keskeiset aivohermorefleksit:

Ihon tarkastelu:

Eryteema:

Palovamma:

Merkkejä paikallisesta verenkiertohäiriöstä (ihon vaaleus, tuntu puutos, turvotus):

Silmien tarkastelu (kipu, punoitus, valonarkuus, näköhäiriö, ympäröivän ihon punoitus, punaheijaste tutkittuna oftalmoskoopilla +10 dpt linssillä hämärässä huoneessa noin 10 cm katseluetäisyydestä)

Laboratoriokokeet (löydökset/tulokset)

Virtsan stix analyysi (ei uusita, jos normaali):

Pieni verenkuvaa ja CRP (uusitaan viikon kuluttua):

Seerumin kreatiiniinikinaasi (ei uusita, jos normaali):

EKG (ei uusita, jos normaali):