

Inför möte med Myndighet

Namn: _____

Jag har MCS/SHR och blir sjuk av kemikalier/ parfym. För att kunna delta på mötet den _____ utan att bli sjukare är det viktigt att jag inte exponeras för kemikalier. Åtgärder som behöver vidtas i samband med mötet är:

Alla mötesdeltagare måste ha kläder tvättade i parfymfritt tvättmedel/ sköljmedel.

Mötesdeltagarna får enbart använda parfymfria hygienartiklar såsom, deodorant, schampo, hårstylingprodukter, rakprodukter, tvål, lotion, make up, med mera.

Jag kan inte möta en person som har rökt, således måste alla mötesdeltagare vara rökfria. Detta gäller även snusning.

Tvätta händerna i parfymfri tvål. Använd inte handsprit.

Innan mötet är det bra om rummet är vädrat.

Även en kvardröjande rest av parfym i kläder och hår kan göra mig sjuk.

Jag kan inte vänta i byggnaden tillsammans med andra människor som luktar parfym. Därför väntar jag utanför. Ring när ni kan ta emot mig, på telefon: _____ så kan jag gå direkt in i mötesrummet.

Det finns ingenting som heter "jag gör så gott jag kan"! Om jag utsätts för kemikalier/ parfym får jag följande symptom:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Klåda el brännande känsla i ögonen | <input type="checkbox"/> Tinnitusljud | <input type="checkbox"/> Surrande ljud |
| <input type="checkbox"/> Plötsligt bortfall av hörseln | <input type="checkbox"/> Ljudkänslighet | <input type="checkbox"/> Synnedsättning |
| <input type="checkbox"/> Slembildning i bihålorna | <input type="checkbox"/> Slembildning i halsen | <input type="checkbox"/> Nästäppa |
| <input type="checkbox"/> Lukt känslighet | <input type="checkbox"/> Brännande smärta på tunga, lappar, mun | <input type="checkbox"/> Heshet och röstförändringar |
| <input type="checkbox"/> Kliande, irriterande hals | <input type="checkbox"/> Andnöd | <input type="checkbox"/> Hosta |
| <input type="checkbox"/> Bröstsmärtor | <input type="checkbox"/> Tungt att andas | <input type="checkbox"/> Hjärtklappning |
| <input type="checkbox"/> Oregelbunden hjärtrytm | <input type="checkbox"/> Snabb puls | <input type="checkbox"/> Magsmärtor |
| <input type="checkbox"/> Matsmältningsbesvär | <input type="checkbox"/> Förstoppning | <input type="checkbox"/> Diarré |
| <input type="checkbox"/> Illamående | <input type="checkbox"/> Kräkningar | <input type="checkbox"/> Smärta, sveda vid urinering |
| <input type="checkbox"/> Inkontinensbesvär | <input type="checkbox"/> Behov av att plötslig och/eller ofta gå på toa | <input type="checkbox"/> Svårt att kissa |
| <input type="checkbox"/> Muskelvärk | <input type="checkbox"/> Muskelsvaghet | <input type="checkbox"/> Muskelspänningar |
| <input type="checkbox"/> Ledvärk | <input type="checkbox"/> Hudirritation | <input type="checkbox"/> Klåda |
| <input type="checkbox"/> Värmevallningar | <input type="checkbox"/> Frossa | <input type="checkbox"/> Akut törstig |
| <input type="checkbox"/> Överdriven svettning | <input type="checkbox"/> Hudutslag | <input type="checkbox"/> Brännande känsla på huden |
| <input type="checkbox"/> Eksem | <input type="checkbox"/> Rodnad på huden | <input type="checkbox"/> Huvudvärk |
| <input type="checkbox"/> Domningar | <input type="checkbox"/> Kramper | <input type="checkbox"/> Förlust av muskelfunktion |
| <input type="checkbox"/> Yrsel | <input type="checkbox"/> Svimningskänslor | <input type="checkbox"/> Svaghet |
| <input type="checkbox"/> Darrningar | <input type="checkbox"/> Skakningar | <input type="checkbox"/> Extrem trötthet |
| <input type="checkbox"/> Dåsighet | <input type="checkbox"/> Känslösamhet och Irritabilitet | <input type="checkbox"/> Hyperaktivitet |
| <input type="checkbox"/> Sömnsvårigheter | <input type="checkbox"/> Kognitiv nedsättning | <input type="checkbox"/> Förvirring |
| <input type="checkbox"/> Koncentrationssvårigheter | <input type="checkbox"/> Inlärningssvårigheter | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Ångest eller Oro | <input type="checkbox"/> Oförmåga att känna tillfredsställelse | <input type="checkbox"/> Humörsvägningar |
| <input type="checkbox"/> Gråtattacker | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

TACK FÖR ATT DU VISAR HÄNSYN!

Läs mer om tillgänglighet för personer med handikapp på vår hemsida.