

1 DIN HELSETILSTAND

Under hver overskrift ber vi deg krysse av den ENE boksen som best beskriver helsen din I DAG.

1.1 Gange

- Jeg har ingen problemer med å gå omkring
- Jeg har litt problemer med å gå omkring
- Jeg har middels store problemer med å gå omkring
- Jeg har store problemer med å gå omkring
- Jeg er ute av stand til å gå omkring

1.2 Personlig stell

- Jeg har ingen problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har litt problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har middels store problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg har store problemer med å vaske meg eller kle meg
- Jeg er ute av stand til å vaske meg eller kle meg

1.3 Vanlige gjøremål

(f.eks. arbeid, studier, husarbeid, familie- eller fritidsaktiviteter)

- Jeg har ingen problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har litt problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har middels store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg har store problemer med å utføre mine vanlige gjøremål
- Jeg er ute av stand til å utføre mine vanlige gjøremål

1.4 Smerter/ubehag

- Jeg har verken smerter eller ubehag
- Jeg har litt smerter eller ubehag
- Jeg har middels sterke smerter eller ubehag
- Jeg har sterke smerter eller ubehag
- Jeg har svært sterke smerter eller ubehag

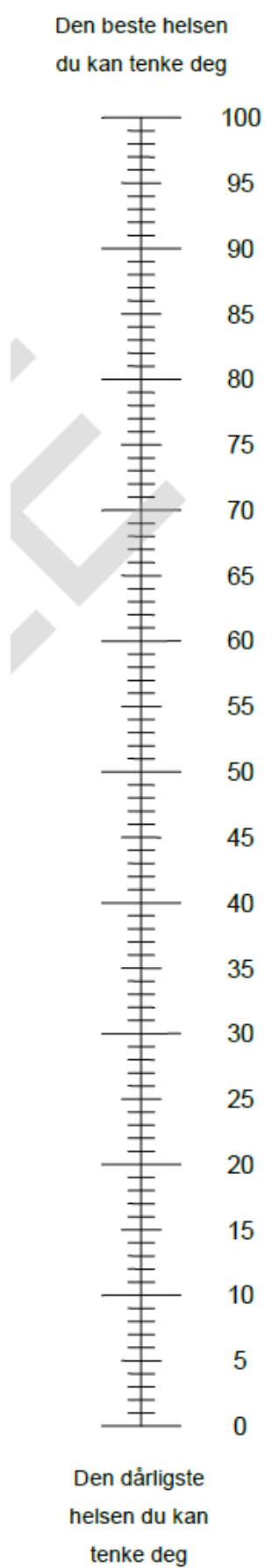
1.5 Angst/depresjon

- Jeg er verken engstelig eller deprimert
- Jeg er litt engstelig eller deprimert
- Jeg er middels engstelig eller deprimert
- Jeg er svært engstelig eller deprimert
- Jeg er ekstremt engstelig eller deprimert

For å kunne vise hvor god eller dårlig din helsetilstand er, har vi laget en skala hvor den beste helsen du kan tenke deg er markert med 100 og den dårligste med 0. Hvor på denne skalaen vil du plassere din nåværende helse?

1.6 Fyll inn et tall mellom 0 og 100 for å angi hvordan din nåværende helse er:

—



2 OPPVEKST OG TILHØRIGHET

2.1 Hvor bodde du størstedelen av din oppvekst?

(Sett ett kryss)

- Tromsø
- Troms, andre kommuner enn Tromsø
- Finnmark
- Nordland
- Resten av Norge
- Utlandet

2.2 Hvor lenge har du bodd i din nåværende bolig?

Antall år ____

2.3 Hvordan var de økonomiske forhold i familien under din oppvekst?

- Meget gode
- Gode
- Vanskelige
- Meget vanskelige

2.4 Hvilken betydning har religion i ditt liv?

- Stor betydning
- En viss betydning
- Ingen betydning

2.5 Hva regner du deg selv som?

(Sett ett eller flere kryss)

- Norsk
- Samisk
- Kvensk/Finsk
- Annet

2.6 Hvor mange søsken har du/har du hatt?

Antall søsken

Hvor mange barn har du/har du hatt?

Antall

2.7 Biologiske barn

2.8 Adoptivbarn

2.9 Stebarn

2.10 Fosterbarn

2.11 Lever din mor?

Nei Ja

Hvis Ja, hopp til spm 2.9.

Hvis Nei:

2.11.1 Hva var din mors alder ved død?

Alder ved død ____

2.12 Lever din far?

Nei Ja

Hvis Ja, hopp til spm 2.10.

Hvis Nei:

2.12.1 Hva var din fars alder ved død?

Alder ved død ____

Hva var/er den *høyeste fullførte utdanning* til dine foreldre og din ektefelle/samboer?

Grunnskole/framhaldsskole/folkehøyskole inntil 10 år

Fagutdanning/realskole/videregående/gymnas minimum 3 år

Høyskole/universitet, mindre enn 4 år

Høyskole/universitet, 4 år eller mer

12.13 Mor

12.14 Far

12.15 Ektefelle/samboer

3 TRIVSEL OG LIVSFORHOLD

Nedenfor står tre utsagn om tilfredshet med livet som et hele. Deretter står fem utsagn om syn på din egen helse, og mestring av egen helse. Vis hvor enig eller uenig du er i hver av påstandene ved å sette et kryss i rubrikken for det tallet du synes stemmer best for deg.

Helt uenig							Helt enig
1	2	3	4	5	6	7	

3.1 På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt

3.2 Mine livsforhold er utmerkede

3.3 Jeg er tilfreds med livet mitt

3.4 Jeg ser lyst på min framtidige helse

3.5 Ved å leve sunt kan jeg forhindre alvorlige sykdommer

3.6 Jeg vet hvordan jeg skal forebygge forverring av min helsetilstand

3.7 Jeg kan finne løsninger når det oppstår nye situasjoner eller problemer med min helsetilstand

3.8 Når alt kommer til alt er jeg selv ansvarlig for å ta hånd om min egen helse

Angi hvor godt følgende påstander beskriver deg og familien din:

Helt uenig					Helt enig
1	2	3	4	5	

3.9 Jeg stoler fullt ut på mine vurderinger og avgjørelser

3.10 Jeg trives svært godt i familien min

3.11 Troen på meg selv får meg gjennom vanskelige perioder

3.12 Det er godt samhold i familien min

3.13 I motgang klarer jeg å finne noe bra å vokse på

3.14 Familien min ser positivt på fremtiden selv i vanskelige perioder

3.15 Hvordan vurderer du din økonomi?

Svært god

God

Middels

Dårlig

Svært dårlig

4 ARBEID OG YRKE

4.1 Hvilken arbeids- eller livssituasjon er du i?

(Sett ett eller flere kryss)

Yrkesaktiv heltid

Yrkesaktiv deltid

Hjemmeværende

Alderspensjonist

Sykemeldt

Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger

Mottar sosialstønad

Arbeidsledig

Student/militærtjeneste

Hvis Yrkesaktiv heltid, Yrkesaktiv deltid, Hjemmeværende, Alderspensjonist, Student/militærtjeneste, hopp til spørsmål 4.2.

Hvis Sykemeldt, Uføretrygdet/mottar arbeidsavklaringspenger, Mottar sosialstønad, Arbeidsledig:

4.1.1 Hvor lenge har du vært uten lønnet arbeid?

3 måneder eller mindre

4-6 måneder

7-12 måneder

1-2 år

3-5 år

6-9 år

10 år eller mer

4.2 Jeg opplever at yrket mitt har/hadde følgende sosiale status i samfunnet (dersom du ikke er i arbeid nå, tenk på det yrket du hadde sist):

Meget høy status

Ganske høy status

Middels status

Ganske lav status

Meget lav status

Hvis ikke Yrkesaktiv heltid eller Yrkesaktiv deltid på spm 4.1 hopp til spm 4.1.3.

Hvis Yrkesaktiv heltid eller Yrkesaktiv deltid på spm 4.1:

4.1.2 Hvilken av følgende yrkesfelt beskriver best ditt nåværende arbeid?

(Sett ett kryss)

- Administrativ leder, politiker
- Akademisk yrke (minst 4 års høyskole- eller universitetsutdanning)
- Yrke med kortere høyskole- eller universitetsutdanning (1-3 år) og teknikere
- Kontor- og kundeserviceyrker
- Salgs-, service- og omsorgsykker
- Jordbruks-, skogbruks- og fiskeyrker
- Håndverker, bygningsarbeider, fagarbeider o.l.
- Prosess- og maskinoperatør, sjåfør o.l.
- Yrke uten formelt krav til utdanning

4.1.2.1 Beskriv virksomheten på det arbeidstedet (avdelingen) der du utførte inntektsgivende arbeid i lengst tid de siste 12 mnd (f.eks. regnskapsbyrå, ungdomsskole, sykehus, snekkerverksted, bilverksted, bank, dagligvarehandel eller lignende):

Virksomhet: _____

4.1.2.2 Hvilket yrke/tittel har eller hadde du på dette arbeidsstedet? (f.eks. sekretær, lærer, barnepleier, møbelsnekker, avdelingsleder, selger, sjåfør eller lignende)

Yrke: _____

4.1.4 På en skala fra 0 til 10, hvordan vil du beskrive din arbeidsprestasjon siste 7 dager?

0 Jeg har prestert svært dårlig

10 Jeg har prestert svært godt

Hvis Yrkesaktiv heltid eller Yrkesaktiv på spm 4.1 deltid hopp til spm 5.1.

Hvis ikke Yrkesaktiv heltid eller Yrkesaktiv deltid på spm 4.1:

4.1.3 Hvilken av følgende yrkesfelt beskriver best ditt siste arbeid?

(Sett ett kryss)

- Administrativ leder, politiker
- Akademisk yrke (minst 4 års høyskole- eller universitetsutdanning)
- Yrke med kortere høyskole- eller universitetsutdanning (1-3 år) og teknikere
- Kontor- og kundeserviceyrker
- Salgs-, service- og omsorgsykker
- Jordbruks-, skogbruks- og fiskeyrker
- Håndverker, bygningsarbeider, fagarbeider o.l.
- Prosess- og maskinoperatør, sjåfør o.l.
- Yrke uten formelt krav til utdanning

4.1.3.1 Beskriv virksomheten på det arbeidstedet (avdelingen) der du utførte inntektsgivende arbeid siste periode du var i arbeid. (f.eks. regnskapsbyrå, ungdomsskole, sykehus, snekkerverksted, bilverksted, bank, dagligvarehandel eller lignende)

Virksomhet: _____

4.1.3.2 Hvilket yrke/tittel hadde du på dette arbeidsstedet? (f.eks. sekretær, lærer, barnepleier, møbelsnekker, avdelingsleder, selger, sjåfør eller lignende)

Yrke: _____

5 SYKDOMMER OG SYMPTOMER

Har du hatt følgende sykdommer eller plager?

Nei Ja Alder første gang

5.1 Har du gjennomgått operasjon (bypass) av trange blodårer (kransårer) til hjertet?

5.2 Har du gjennomgått utblokking (stenting) av trange blodårer (kransårer) til hjertet?

5.3 Har du eller har du hatt trange blodårer i beina (åreforkalkning, "røykebein")?

Hvis Nei på spm 5.1-5.3, hopp til spm 5.4.

Hvis Ja på spm 5.1:

5.1.1 Hvis du har gjennomgått operasjon (bypass) av trange blodårer (kransårer) til hjertet, hva var din alder første gang?

Alder første gang____

Hvis Ja på spm 5.2:

5.2.1 Hvis du har gjennomgått utblokking (stenting) av trange blodårer (kransårer) til hjertet, hva var din alder første gang?

Alder første gang____

Hvis Ja på spm 5.3:

5.3.1 Hvis du har eller har hatt trange blodårer i beina (åreforkalkning, "røykebein"), hva var din alder første gang?

Alder første gang____

Får du smerter i tykkleggen når du

Nei Ja

5.4 Går?

5.5 Er i ro?

Hvis Nei på 5.4 og 5.5, hopp til spm 5.6.

Hvis Ja på 5.4:

Hvis du får smerter i tykkleggen når du går

Nei Ja

5.4.1 Forverres smertene ved raskere tempo eller i bakker?

5.4.2 Gir smertene seg når du stopper?

Får du smerter eller ubehag i brystet når du går

Nei Ja

5.6 I bakker, trapper eller fort på flat mark

5.7 I vanlig takt på flat mark

Hvis Nei på 5.6 og 5.7, hopp til spm 5.8.

Hvis Ja på 5.6 eller 5.7 eller begge:

5.6.1 Hvis du får smerter eller ubehag i brystet ved gange, pleier du å

Stanse

Saktne farten

Fortsette i samme takt

5.6.2 Hvis du stanser eller saktner farten, forsvinner smertene etter

10 minutter eller mindre

Mer enn 10 minutter

5.8 Har du merket anfall med plutselig endring i pulsen eller hjerterytmen siste året?

Nei Ja

5.9 Hoster du omtrent daglig i perioder av året?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 5.14.

Hvis Ja:

Hvis du hoster omtrent daglig i perioder av året

Nei Ja

5.9.1 Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?

5.9.2 Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste årene?

Blir du tungpustet når du

Nei Ja

5.10 Går hurtig på flatmark eller svak oppoverbakke?

5.11 Spaserer i rolig tempo på flatmark?

5.12 Vasker deg eller kler på deg?

5.13 Er i hvile?

5.14 Har du Crohns sykdom eller ulcerøs kolitt?

Nei Ja

5.15 Har du vært smittet med leverviruset hepatitt C?

Nei Ja Vet ikke

Hvis Nei eller Vet ikke, hopp til spm 6.1.

Hvis Ja:

5.15.1 Har du fått behandling for hepatitt C?

Nei Ja Vet ikke

6 MUSKEL- OG LEDDSMERTER

Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende?

(Sett ett kryss for hver linje)

Ikke plaget En del plaget Sterkt plaget

6.1 Nakke, skuldre

6.2 Armer, hender

6.3 Øvre del av ryggen

6.4 Korsryggen

6.5 Hofter, ben, føtter

6.6 Andre steder

Har du vært plaget av smerter og/eller stivhet i muskler og ledd i i løpet av de siste fire ukene?

(Sett ett kryss for hver linje)

Ikke plaget En del plaget Sterkt plaget

6.7 Nakke, skuldre

6.8 Armer, hender

6.9 Øvre del av ryggen

6.10 Korsryggen

6.11 Hofter, ben, føtter

6.12 Andre steder

7 HODEPINE

7.1 Har du vært plaget av hodepine det siste året?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 8.1.

Hvis Ja:

7.1.1 Hva slags hodepine er du plaget av?

Migrene

Annen hodepine

7.1.2 Omtrent hvor mange dager per måned har du hodepine?

Mindre enn 1 dag

1-6 dager

7-14 dager

Mer enn 14 dager

7.1.3 Hvor sterk er hodepinen vanligvis?

Mild (hemmer ikke aktivitet)

Moderat (*hemmer aktivitet*)
Sterk (*forhindrer aktivitet*)

7.1.4 Hvor lenge varer hodepinen vanligvis?

Mindre enn 4 timer
4 timer – 1 døgn
1-3 døgn
Mer enn 3 døgn

Er hodepinen vanligvis preget eller ledsaget av:

Nei Ja

7.1.5 Bankende/dunkende smerte?

7.1.6 Pressende smerte?

7.1.7 Ensidig smerte (høyre eller venstre)?

7.1.8 Forverring ved fysisk aktivitet?

7.1.9 Kvalme og/eller oppkast?

7.1.10 Lys- og/eller lydskyhet?

Før eller under hodepinen, kan du ha forbigående:

Nei Ja

7.1.11 Synsforstyrrelse (takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt)?

7.1.12 Nummenhet i halve ansiktet eller i hånden?

7.1.13 Angi hvor mange dager du har vært borte fra arbeid eller skole siste måned på grunn av hodepine:

Antall dager borte ____

8 PLAGER

8.1 Hvor ofte har du vært plaget av halsbrann og/eller sure oppstøt i løpet av de siste tre måneder?

Aldri Månedlig Ukentlig Daglig

Hvis Aldri, hopp til spm 8.2.

Hvis > Aldri:

8.1.1 Hvor plaget har du vært av halsbrann og/eller sure oppstøt?

Ikke noe Litt Mye

8.1.2 Hvor lenge har du vært plaget av halsbrann og/eller sure oppstøt?

Mindre enn 3 måneder
3-5 måneder
6-12 måneder
Mer enn 1 år

8.2 Har du falt siste året?

Nei
En gang
Mer enn en gang

8.3 Er du redd for å falle?

Ikke i det hele tatt
Noe redd
Svært redd

8.4 Hvordan har du opplevd følelse av tretthet og utmattelse den siste uken?

Marker på linjen nedenfor det punktet som best passer med den følelse av tretthet og utmattelse som du har opplevd siste uke.

Ingen problemer med tretthet

Så mye tretthet og utmattelse som det er mulig å ha

9 HUKOMMELSE

Nedenfor ber vi deg besvare noen spørsmål om din hukommelse:
(Sett ett kryss for hvert spørsmål)

Nei Ja

9.1 Synes du at din hukommelse har blitt dårligere?

9.2 Glemmer du ofte hvor du har lagt tingene dine?

9.3 Har du problemer med å finne vanlige ord i en samtale?

9.4 Har du fått problemer med daglige gjøremål som du mestret tidligere?

9.5 Har du vært undersøkt for sviktende hukommelse?

Hvis Nei på 9.1-9.4, hopp til spm 10.1.

Hvis Ja på ett eller flere av 9.1-9.4:

9.1.1 Er din hukommelse et problem i hverdagen?

Nei Ja

10 UFRIVILLIG BARNLØSHET

10.1 Har du opplevd ufrivillig barnløshet i mer enn 1 år?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spørsmål 11.1.

Hvis Ja:

Dersom du har opplevd ufrivillig barnløshet i mer enn 1 år

Nei Ja Vet ikke

10.1.1 Skyldtes dette forhold hos deg selv?

10.1.2 Skyldtes dette forhold hos din partner?

10.1.3 Har du/dere fått behandling for ufrivillig barnløshet?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 11.1.

Hvis Ja:

Hvis du/dere har fått behandling for ufrivillig barnløshet, hva slags behandling har du eller din partner fått?

Antall ganger

10.1.3.1 Stimulering med tabletter

10.1.3.2 Stimulering med tabletter og sæddonasjon (ikke ektemann/samboer)

10.1.3.3 Sæddonasjon (ikke ektemann/samboer)

10.1.3.4 Prøverørsbefruktning (IVF/ICSI)

10.1.3.5 Annet

Hvor mange barn har du/dere fått ved infertilitetsbehandling?

Antall barn

10.1.3.6 Ved Universitetssykehuset Nord-Norge

10.1.3.7 Annet sted i Norge

10.1.3.8 I utlandet

11 DINE SLEKTNINGERS SYKDOMMER

Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene:

Mor Far Barn Søsken Ingen av disse

11.1 Hjerterinfarkt før fylte 60 år

11.2 Angina pectoris (hjertekrampe)

11.3 Hjerneslag/hjerneblødning

11.4 Astma

11.5 Diabetes

11.6 Psykiske plager

11.7 Rusproblemer

12 SØVN

Hvor mange dager pr uke

(marker antall dager)

Antall dager pr uke 0 1 2 3 4 5 6 7

12.1 bruker du mer enn 30 minutter for å sovne inn etter at lysene ble slukket?

12.2 er du våken mer enn 30 minutter innimellom søvnen?

12.3 våkner du mer enn 30 minutter tidligere enn du ønsker uten å få sove igjen?

12.4 føler du deg for lite uthvilt etter å ha sovet?

12.5 er du så søvnig/trett at det går ut over skole/jobb eller privatlivet?

12.6 er du misfornøyd med søvnen din?

12.7 Om du har søvnplager, hvor lenge har de vart?

Mindre enn 1 uke

1-3 uker

1 måned
2 måneder
3 måneder
4-6 måneder
7-12 måneder
1-5 år
6-10 år
Mer enn 10 år
Har ikke søvnplager

12.8 Har du vanligvis skiftarbeid/nattarbeid?

Nei Ja

Når pleier du vanligvis å legge deg for å sove?

12.9 På arbeidsdager/hverdager

kl. 00:30-24:00 (rullegardinmeny)

12.10 På fridager/helgedager

kl. 00:30-24:00 (rullegardinmeny)

Hvor lenge ligger du våken før du sovner?

12.11 På arbeidsdager/hverdager

Antall minutter____

12.12 På fridager/helgedager

Antall minutter____

Når pleier du vanligvis å våkne?

12.13 På arbeidsdager/hverdager

kl. 00:30-24:00 (rullegardinmeny)

12.14 På fridager/helgedager

kl. 00:30-24:00 (rullegardinmeny)

12.15 Hvor ofte tar du deg en lur på dagtid?

Aldri eller sjeldnere enn en gang i måneden
Sjeldnere enn en gang i uken
1-2 dager i uken
3-5 dager i uken
Hver dag eller nesten hver dag

Hvis Aldri eller sjeldnere enn en gang i måneden, hopp til spm 12.16.

Hvis > Aldri eller sjeldnere enn en gang i måneden:

12.15.1 Hvis du tar deg en lur, hvor lenge pleier den vanligvis å vare?

Antall minutter____

12.16 Snorker du når du sover?

Aldri eller sjeldnere enn en natt i måneden

Sjeldnere enn en natt i uken
1-2 netter i uken
3-5 netter i uken
Hver natt eller nesten hver natt
Vet ikke

12.17 Har du opplevd pustestopp (søvnapné) når du sover?

Aldri eller sjeldnere enn en natt i måneden
Sjeldnere enn en natt i uken
1-2 netter i uken
3-5 netter i uken
Hver natt eller nesten hver natt
Vet ikke

Hvor sannsynlig er det at du dør av eller sovner i følgende situasjoner?

Bruk skalaen fra 0 til 3 for hver situasjon:

0=ville aldri døse/sovne
1=liten sjanse for å døse/sovne
2=moderat sjanse for å døse/sovne
3=stor sjanse for å døse/sovne

Situasjon

Sjanse for å døse/sovne (0-3)

12.18 Sitte og lese

12.19 Se på TV

12.20 Sitte, inaktiv på et offentlig sted (f.eks. på teater eller et møte)

12.21 Som passasjer på en en-times biltur uten pause

12.22 Legge deg for å hvile om ettermiddagen hvis omstendighetene tillater det

12.23 Sitte og snakke med noen

12.24 Sitte stille etter lunsj (uten å ha inntatt alkohol)

12.25 I en bil, som har stoppet for noen få minutter i trafikken

14 MAGE

14.1 Hvor ofte har du hatt ubehag eller smerte i mageregionen de siste 3 månedene?

Aldri
Mindre enn en dag i måneden
En dag i måneden
To til tre dager i måneden
En dag i uken
Mer enn en dag i uken
Hver dag

Hvis Aldri, hopp til spm 14.2.

Hvis > Aldri og mann, hopp til spm 14.1.2.

Hvis > Aldri og kvinne:

MAGESMERTER

14.1.1 Har du hatt dette ubehaget eller denne smerten kun under menstruasjon og ikke på andre tidspunkt?

Nei Ja Jeg har ikke hatt menstruasjon siste 3 måneder

Hvis Ja, hopp til spm 14.2.

Hvis Nei eller Jeg har ikke hatt menstruasjon siste 3 måneder:

MAGESMERTER

14.1.2 Har du hatt dette ubehaget eller disse smertene i 6 måneder eller mer?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 14.2.

Hvis Ja:

MAGESMERTER

Aldri eller sjelden Av og til Ofte Nesten alltid Alltid

14.1.2.1 Hvor ofte har ubehaget eller smerten blitt bedre eller helt borte etter at du har hatt avføring?

14.1.2.2 Hadde du oftere avføring da ubehaget eller smerten begynte?

14.1.2.3 Hadde du sjeldnere avføring da ubehaget eller smerten begynte?

14.1.2.4 Hadde du løsere avføring da ubehaget eller smerten begynte?

14.1.2.5 Hvor ofte hadde du hardere avføring da ubehaget eller smerten begynte?

14.1.2.6 Hvor ofte har du hatt hard eller klumpete de siste 3 månedene?

14.1.2.7 Hvor ofte har du hatt løs, grøtaktig eller vandig avføring de siste 3 månedene?

14.2 Hvor ofte har du vanligvis avføring?

4 ganger eller mer per dag

1-3 ganger per dag

4-6 ganger per uke

1-3 ganger per uke

Sjeldnere enn 1 gang per uke

15 HELSETJENESTER

15.1 Hvor lenge har du hatt din nåværende fastlege?

Mindre enn 1 år

1-2 år

3-4 år

Mer enn 4 år

15.2 Har du vært hos fastlegen siste 12 måneder?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 15.3.

Hvis Ja:

15.2.1 Ved siste konsultasjon hos fastlegen, ble du henvist til

(Sett ett eller flere kryss)

fysioterapeut

kiropraktor
psykiater/psykolog
røntgenundersøkelse/billeddiagnostikk
sykehuspoliklinikk
legespesialist utenfor sykehus
annen henvisning
ble ikke henvist

15.2.2 Har du de siste 12 måneder bedt om eller ønsket å bli henvist til røntgenundersøkelse eller spesialist, men ikke blitt henvist av fastlegen?

Ja, en gang
Ja, flere ganger
Nei, jeg har blitt henvist når jeg har bedt om eller ønsket det
Nei, henvisning har ikke vært aktuelt

Hvis Nei, jeg har blitt henvist når jeg har bedt om eller ønsket det eller Nei, henvisning har ikke vært aktuelt, hopp til spm 15.3.

Hvis Ja:

15.2.2.1 Hvis du ikke ble henvist av fastlegen, fikk det konsekvenser for din helse at du ikke ble henvist?

Nei Ja, forbigående konsekvenser Ja, varige konsekvenser

Hvor ofte *det siste året* har du benyttet internett til informasjon og råd om helse og sykdom?

Aldri En gang Noen ganger Ofte

15.3 Apper for smarttelefon eller nettbrett

15.4 Søkemotorer (som Google)

15.5 Sosiale medier (som Facebook e.l.)

15.6 Videotjenester (som Youtube)

Hvis Aldri på alle de foregående, hopp til spørsmål 16.1.

Hvis >Aldri:

På grunnlag av informasjon du har funnet via internett, har du:

Aldri En gang Noen ganger Ofte

- 15.3.1 Bestemt deg for å oppsøke lege?
- 15.3.2 Bestemt deg for ikke å oppsøke lege?
- 15.3.3 Diskutert informasjonen med lege?
- 15.3.4 Endret din medisin uten å snakke med lege?
- 15.3.5 Blitt usikker på om du har fått riktig diagnose?
- 15.3.6 Blitt usikker på om du har fått riktig behandling?
- 15.3.7 Bestemt deg for å oppsøke alternativ behandler?
- 15.3.8 Endret din livsstil?
- 15.3.9 Følt deg engstelig?
- 15.3.10 Følt deg betrygget?
- 15.3.11 Følt deg mer kunnskapsrik?
- 15.3.12 Følt deg mer forvirret?

16 ALTERNATIV MEDISIN

16.1 Har du i løpet av de siste 12 måneder brukt urtemedisin, naturmidler eller naturlegemidler?

Nei Ja

16.2 Har du i løpet av de siste 12 måneder brukt meditasjon, yoga, qi gong eller thai chi som egenbehandling?

Nei Ja

17 SMERTESTILLENDE OG BETENNELSESDEMPENDE MEDISINER

17.1 Har du *det siste året regelmessig* brukt smertestillende og/eller betennelsesdempende medisiner (f.eks. acetylsalisylsyre, paracetamol, ibuprofen, diklofenak, naproxen)?

Dette inkluderer både reseptfrie og reseptbelagte legemidler, også acetylsalisylsyre som brukes i lav dose som blodfortynnende middel.

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja:

Hvilke smertestillende/betennelsesdempende medisiner har du brukt siste året?
(Sett ett eller flere kryss)

17.1.1 Acetylsalisylsyre lav dose som brukes som blodfortynnende middel
(75 mg eller 160 mg per tablett, f.eks. Acetylsalisylsyre® Albyl-E® Asasantin Retard®)

Nei Ja

17.1.2 Acetylsalisylsyre høy dose
(300-500 mg acetylsalisylsyre per tablett, f.eks. Aspirin® Dispril® Globoid®)

Nei Ja

17.1.3 Paracetamol
(f.eks. Pamol® Panodil® Paracet® Paracetamol® Pinex® Paracetduo®)

Nei Ja

17.1.4 Paracetamol kombinert med kodein/tramadol

(Paralgin forte® Codaxol® Paralgin major® Paralgin minor® Paramax Comp Vitabalans® Pinex Forte® Pinex Major® Trampalgin®)

Nei Ja

17.1.5 Fenazon

(Fanalgin® Fenazon-koffein® Fenazon-koffein sterke®)

Nei Ja

17.1.6 Ibuprofen og lignende

(f.eks. Brufen Retard® Burana® Ibumax® Ibumetin® Ibuprofen Ibuprox® Ibox® Orudis® Seractiv® Ketesse® Orodek®)

Nei Ja

17.1.7 Diklofenak og lignende

(f.eks. Cataflam® Diclofenac® DiclofenacKalium® Modifenac® Voltaren® Voltarol® Arthrotec® Toradol®)

Nei Ja

17.1.8 Naproksen

(f.eks. Napren-E® Naproxen-E® Naproxen® Vimovo®)

Nei Ja

17.1.9 Andre smertestillende og/eller betennelsesdempende medisiner

(f.eks. Brexidol® Piroxicam® Meloxicam® Migea® Celebra® Dynastat® Arcoxia® Relifex®)

Nei Ja

Hvis Nei på spm 17.1.1, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja på spm 17.1.1:

17.1.1.1 Har du brukt lavdose acetylsalisylsyre ukentlig eller oftere siste år?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja:

Hvis du har brukt acetylsalisylsyre lavdose ukentlig eller mer siste år

17.1.1.1.1 Hvor mange dager per uke?

- 1
- 2-3
- 4-5
- 6+ dager

17.1.1.1.2 Hvor mange tabletter totalt per uke?

- 1-2
- 3-5
- 6-14
- 15+

17.1.1.1.3 Hvor mange år har du hatt dette forbruket?

Antall år__

Hvis Nei på spm 17.1.2, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja på spm 17.1.2:

17.1.2.1 Har du brukt høydose acetylsalicylsyre ukentlig eller oftere siste år?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja:

Hvis du har brukt acetylsalicylsyre høydose ukentlig eller mer siste år

17.1.2.1.1 Hvor mange dager per uke?

1
2-3
4-5
6+ dager

17.1.2.1.2 Hvor mange tabletter totalt per uke?

1-2
3-5
6-14
15+

17.1.2.1.3 Hvor mange år har du hatt dette forbruket?

Antall år__

Hvis Nei på spm 17.1.3, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja på spm 17.1.3:

17.1. 3.1 Har du brukt paracetamol ukentlig eller mer oftere år?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja:

Hvis du har brukt paracetamol ukentlig eller mer siste år

17.1.3.1.1 Hvor mange dager per uke?

1
2-3
4-5
6+ dager

17.1.3.1.2 Hvor mange tabletter totalt per uke?

1-2
3-5
6-14
15+

17.1.3.1.3 Hvor mange år har du hatt dette forbruket?

Antall år__

Hvis Nei på spm 17.1.4, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja på spm 17.1.4:

17.1.4.1 Har du brukt paracetamol kombinert med kodein/tramadol ukentlig eller oftere siste år?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja:

Hvis du har brukt paracetamol med kodein/tramadol ukentlig eller mer siste år

17.1.4.1.1 Hvor mange dager per uke?

- 1
- 2-3
- 4-5
- 6+ dager

17.1.4.1.2 Hvor mange tabletter totalt per uke?

- 1-2
- 3-5
- 6-14
- 15+

17.1.4.1.3 Hvor mange år har du hatt dette forbruket?

Antall år__

Hvis Nei på spm 17.1.5, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja på spm 17.1.5:

17.1.5.1 Har du brukt fenazon ukentlig eller oftere siste år?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja:

Hvis du har brukt fenazon ukentlig eller mer siste år

17.1.5.1.1 Hvor mange dager per uke?

- 1
- 2-3
- 4-5
- 6+ dager

17.1.5.1.2 Hvor mange tabletter totalt per uke?

- 1-2
- 3-5
- 6-14
- 15+

17.1.5.1.3 Hvor mange år har du hatt dette forbruket?

Antall år__

Hvis Nei på spm 17.1.6, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja på spm 17.1.6:

17.1.6.1 Har du brukt ibuprofen og lignende ukentlig eller oftere siste år?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja:

Hvis du har brukt ibuprofen og lignende ukentlig eller mer siste år

17.1.6.1.1 Hvor mange dager per uke?

- 1
- 2-3
- 4-5
- 6+ dager

17.1.6.1.2 Hvor mange tabletter totalt per uke?

- 1-2
- 3-5
- 6-14
- 15+

17.1.6.1.3 Hvor mange år har du hatt dette forbruket?

Antall år__

Hvis Nei på spm 17.1.7, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja på spm 17.1.7:

17.1.7.1 Har du brukt diklofenak og lignende ukentlig eller oftere siste år?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja:

Hvis du har brukt diclofenac og lignende ukentlig eller mer siste år

17.1.7.1.1 Hvor mange dager per uke?

- 1
- 2-3
- 4-5
- 6+ dager

17.1.7.1.2 Hvor mange tabletter totalt per uke?

- 1-2
- 3-5
- 6-14
- 15+

17.1.7.1.3 Hvor mange år har du hatt dette forbruket?

Antall år__

Hvis Nei på spm 17.1.8, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja på spm 17.1.8:

17.1.8.1 Har du brukt naproksen ukentlig eller oftere siste år?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja:

Hvis du har brukt naproksen ukentlig eller mer siste år

17.1.8.1.1 Hvor mange dager per uke?

- 1
- 2-3
- 4-5
- 6+ dager

17.1.8.1.2 Hvor mange tabletter totalt per uke?

- 1-2
- 3-5
- 6-14
- 15+

17.1.8.1.3 Hvor mange år har du hatt dette forbruket?

Antall år__

Hvis Nei på spm 17.1.9, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja på spm 17.1.9:

17.1.9.1 Har du brukt andre smertestillende og/eller betennelsesdempende medisiner ukentlig eller oftere siste år?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 18.1.

Hvis Ja:

Hvis du har brukt andre smertestillende og/eller betennelsesdempende medisiner ukentlig eller mer siste år

17.1.9.1.1 Hvor mange dager per uke?

- 1
- 2-3
- 4-5
- 6+ dager

17.1.9.1.2 Hvor mange tabletter totalt per uke?

- 1-2
- 3-5

6-14
15+

17.1.9.1.3 Hvor mange år har du hatt dette forbruket?

Antall år__

18 INFORMASJON OM MEDISINER

18.1 Har du brukt medisiner (reseptfrie og reseptbelagte) *regelmessig siste 4 uker?*

(Ikke regn med reseptfrie vitamin-, mineral- og kosttilskudd, urter, naturmedisin etc)

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 19.1.

Hvis Ja:

Tenk på informasjonen om dine medisiner som du får hos *din fastlege*. Angi i hvilken grad du er enig i følgende utsagn.

Jeg får informasjon om... Helt uenig Uenig Usikker Enig Helt enig

18.1.1 Hvorfor jeg skal bruke medisinerne

18.1.2 Hvordan jeg skal bruke medisinerne (antall tabletter, inntak, med eller uten mat osv)

18.1.3 Hvilke bivirkninger medisinerne kan ha

18.1.4 Hvilke andre medisiner eller matvarer som kan påvirke effekten av mine medisiner

Tenk på informasjonen om dine medisiner som du får når du er *på apoteket*. Angi i hvilken grad er er enig i følgende utsagn.

Jeg får informasjon om... Helt uenig Uenig Usikker Enig Helt enig

18.1.5 Hvorfor jeg skal bruke medisinerne

18.1.6 Hvordan jeg skal bruke medisinerne (antall tabletter, inntak, med eller uten mat osv.)

18.1.7 Hvilke bivirkninger medisinerne kan ha

18.1.8 Hvilke andre medisiner eller matvarer som kan påvirke effekten av mine medisiner

18.1.9 Har du hjelp med dine medisiner?

Nei Ja

18.1.10 Uavhengig av om du har hjelp eller ikke med dine medisiner, trenger du mer hjelp?

Jeg trenger ikke mer hjelp
Jeg trenger litt mer hjelp
Jeg trenger mye mer hjelp

18.1.11 Trenger du mer informasjon om dine medisiner?

Jeg trenger ikke mer informasjon

Jeg trenger litt mer informasjon
Jeg trenger mye mer informasjon

18.1.12 Generelt sett, hvor viktig mener du at dine medisiner er for deg?

Ikke viktig i det hele tatt
Ikke veldig viktig
Viktig
Veldig viktig

18.1.13 Er du bekymret for dine medisiner?

Ikke bekymret i det hele tatt
Bekymret
Veldig bekymret

Hvis Ikke bekymret i det hele tatt, hopp til spm 18.1.13.

Hvis Bekymret eller Veldig bekymret:

18.1.13.1 Kryss av for hvilke bekymringer du har for dine medisiner

(Sett ett eller flere kryss)

Jeg er bekymret for
Langtids-effekter av mine medisiner
Bivirkninger av mine medisiner
At medisinerene skal ha negativ innvirkning på livet mitt
At jeg ikke tar mine medisiner på rett måte
Å bli avhengig av mine medisiner
At medisinerene mine skal miste effekten
At medisinerene mine gjør mer skade enn nytte
Kostnader med mine medisiner
Annet

Mange mennesker tar ikke sine medisiner hele tiden, enten fordi de ikke kan, glemmer, eller fordi de ikke vil. De følgende spørsmålene omhandler hvordan *du* tar *dine* medisiner.

18.1.14 Hvor mange ganger i uka glemmer du å ta dine medisiner?

Sjeldnere enn 1 gang per uke
1 gang per uke
2-4 ganger per uke
5 ganger per uke eller mer

18.1.15 Hvor mange ganger i uka bestemmer du deg for å ikke ta dine medisiner?

Sjeldnere enn 1 gang per uke
1 gang per uke
2-4 ganger per uke
5 ganger per uke eller mer

19 FYSISK AKTIVITET

19.1 Hvor ofte driver du mosjon?

(Med mosjon mener vi gå en tur, gå på ski, svømme eller drive trening/idrett)

Aldri
Sjeldnere enn en gang i uken
En gang i uken

2-3 ganger i uken
Omtrent hver dag

Hvis Aldri, hopp til spm 20.1.

Hvis >Aldri:

19.1.1 Hvor hardt mosjonerer du i gjennomsnitt?

Tar det rolig uten å bli andpusten eller svett
Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett
Tar meg nesten helt ut

19.1.2 Hvor lenge mosjonerer du per gang i gjennomsnitt?

Mindre enn 15 minutter
15-29 minutter
30 minutter – 1 time
Mer enn 1 time

20 MATVANER

Hvor ofte spiser du vanligvis følgende?

Sett ett kryss for hver linje

0-1 g per mnd 2-3 g per mnd

1-3 g per uke Mer enn 3 g per uke

20.1 Ferskvannsfisk (ikke oppdrett)

20.2 Saltvannsfisk (ikke oppdrett)

20.3 Oppdrettsfisk (laks, røye, ørret)

20.4 Tunfisk (fersk eller hermetisert)

20.5 Fiskepålegg

20.6 Skjell

20.7 Den brune innmaten i krabbe

20.8 Hvalkjøtt/sel/kobbekjøtt

20.9 Innmat fra rein eller elg

20.10 Innmat fra rype

20.11 Tomater og tomatbaserte produkter (f.eks. tomat, ketchup)

Hvor mange ganger i året spiser du/spiste du vanligvis følgende?

Som voksen: antall ganger i året

I din barndom: antall ganger i året

20.12 Mølje

20.13 Måsegg

20.14 Reinsdyrkjøtt

20.15 Elgkjøtt

20.16 Villsopp (for eksempel kantarell) og villbær (for eksempel blåbær/tyttebær/multe)

Bruker du følgende kosttilskudd?

(Sett ett kryss per linje)

Nei Iblant Daglig i vinterhalvåret Daglig

20.17 Tran, trankapsler

20.18 Omega 3 (fiskeolje, selolje)

20.19 Kalktabletter

20.20 Vitamintilskudd med vitamin D

Nei Iblant Kun ved reiser Daglig

20.21 Melkesyrebakterier/probiotika

21 SOLING

21.1 Har du vært på solferie siste 2 måneder?

Nei Ja

21.2 Tar du solarium?

Ja, ukentlig Ja, iblant Aldri

22 VEKTEN DIN

22.1 Hvilken vekt ville du være tilfreds med (din trivselsvekt)?

Antall kg____

22.2 Er du fornøyd med vekta di nå?

Ja Nei

22.3 Anslå din vekt da du var 25 år gammel

Antall kg____

22.4 Har du ufrivillig gått ned i vekt siste 6 måneder?

Ja Nei

Hvis Nei, hopp til spm 23.1 eller 24.1 avhengig av kjønn.

Hvis Ja:

22.4.1 Hvis du har gått ufrivillig ned i vekt siste 6 måneder, hvor mange kilo har du gått ned?

Antall kg____

23 MENNS HELSE

23.1 Har du i løpet av de siste 3 mnd hatt problemer med ereksjonsevnen?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 23.2.

Hvis Ja:

23.1.1 Hvordan rangerer du tilliten din til å oppnå og opprettholde en ereksjon

Veldig lav Lav Moderat Høy Veldig høy

23.1.2 Når du har hatt ereksjoner med seksuell stimulering, hvor ofte var ereksjonene stive nok for penetrering (innføring i partner)?

(Nesten) aldri Noen få ganger Noen ganger Oftest (Nesten) alltid

23.1.3 Når du forsøkte å ha samleie, hvor ofte klarte du å vedlikeholde ereksjonen etter penetrering (innføring) hos partner?

(Nesten) aldri Noen få ganger Noen ganger De fleste ganger Oftest (alltid)

23.1.4 Når du forsøkte samleie, hvor vanskelig var det å vedlikeholde din ereksjon til fullendt samleie?

Store vansker Veldig vanskelig Vanskelig Litt vanskelig Ikke vanskelig

23.1.5 Når du forsøkte samleie, hvor ofte var det tilfredsstillende for deg?

(Nesten) aldri Noen få ganger Noen ganger De fleste ganger Oftest (alltid)

23.2 Har noen av dine partnere blitt gravid med deg og spontanabortert?

Nei Ja Vet ikke

Hvis Nei eller Vet ikke, hopp til spm 25.1.

Hvis Ja:

23.2.1 Antall ganger dine partnere har blitt gravid med deg og spontanabortert

Antall ganger__

24 KVINNERS HELSE

24.1 Har du spontanabortert?

Nei Ja Vet ikke

Hvis Nei eller Vet ikke, hopp til spm 24.2.

Hvis Ja:

24.1.1 Antall ganger du har spontanabortert

Antall ganger__

MENSTRUASJON

24.2 Har du menstruasjon fremdeles?

Nei Ja

Hvis Ja, hopp til spm 24.3.

Hvis Nei:

24.2.1 Hvorfor stoppet menstruasjonen?

(sett ett kryss)

Den stoppet av seg selv

Operasjon på livmoren

Operert bort begge eggstokkene

Satte inn hormonspiral

Annen grunn (for eksempel stråling, cellegiftbehandling)

24.2.2 Hvor gammel var du da menstruasjonen stoppet?

Alder ____

24.3 Har du i løpet av livet vært plaget av menstruasjonssmerter?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 24.4.

Hvis Ja på spm 24.3 + Nei på spm 24.2:

Hvor gammel var du da menstruasjonssmertene var mest plagsomme?

24.3.1 Fra alder__

24.3.2 Til alder __

24.3.3 Hvor lenge varte menstruasjonssmertene vanligvis da?

Mindre enn 1 dag

1 dag

2 dager

3 dager

4 dager

mer enn 4 dager

24.3.4 På en skala fra 0 til 10, der 0 er ingen smerte og 10 er sterkest tenkelige smerte, hvor sterke var menstruasjonssmertene vanligvis?

Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sterkest tenkelige smerte

24.3.5 Hendte det at du var borte fra skole eller jobb på grunn av menstruasjonssmerter?

Aldri Sjelden Ganske ofte Svært ofte

Hvis Ja på spm 24.3 + Ja på spm 24.2:

24.3.6 Hvor lenge varer menstruasjonssmertene vanligvis nå?

Mindre enn 1 dag

1 dag

2 dager

3 dager

4 dager

mer enn 4 dager

24.3.7 På en skala fra 0 til 10, der 0 er ingen smerte og 10 er sterkest tenkelige smerte, hvor sterke er menstruasjonssmertene vanligvis?

Ingen smerte 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sterkest tenkelige smerte

24.3.8 Hender det at du er borte fra skole eller jobb på grunn av menstruasjonssmerter?

Aldri Sjelden Ganske ofte Svært ofte

BRUK AV PREVENSJON MED HORMONER

24.4 Bruker du nå, eller har du brukt prevensjon med hormoner (p-piller/minipiller/plaster/hormonspiral/implantat)?

Nei Ja, før Ja, nå

Hvis Nei, hopp til spm 24.5.

Hvis Ja, før på spm 24.4:

24.4.1 Alder første gang du brukte prevensjon med hormoner

Alder første gang ____

24.4.2 Alder når du sluttet med prevensjon med hormoner

Alder når sluttet ____

24.4.3 Hvor mange år har du til sammen brukt prevensjon med hormoner?

Antall år ____

Hvis Ja, nå på spm 24.4:

24.4.1 Alder første gang du brukte prevensjon med hormoner

Alder første gang ____

24.4.3 Hvor mange år har du til sammen brukt prevensjon med hormoner?

Antall år ____

24.4.5 Hvilken type p-pille/minipille/p-plaster/hormonspiral/implantat bruker du nå?

P-piller (Loette Microgynon Oralcon Marvelon Mercilon Yasmin Yasminelle Yaz Zoely Synfase Qlaira)

Minipille (Conludag Cerazette)

Plaster (Evra)

Implantat (Depo-Provera Nexplanon)

Hormonspiral/skjedeinnlegg (Jaydess Mirena NuvaRing)

HORMONBEHANDLING VED NEDGANG I EGNE KJØNNSHORMONER

24.5 Bruker du nå, eller har du brukt østrogenpreparater (tabletter/plaster/vaginalring/tabletter/kremer) for enten plager i overgangsalderen eller av andre årsaker som behandling av beinskjørhet etc?

Nei Ja, før Ja, nå

Hvis Nei, hopp til spm 24.6.

Hvis Ja, før på spm 24.5:

24.5.1 Alder første gang du brukte østrogenpreparater

Alder første gang ____

24.5.2 Alder når du sluttet med østrogenpreparater

Alder når sluttet ____

24.5.3 Hvor mange år har du til sammen brukt østrogenpreparater?

Antall år ____

Hvis Ja, nå på spm 24.5:

24.5.1 Alder første gang du brukte østrogenpreparater

Alder første gang ____

24.5.3 Hvor mange år har du til sammen brukt østrogenpreparater?

Antall år ____

24.5.4 Hvilke hormonpreparater bruker du nå?

Plaster (Evorel Estalis Estradot Sequidot)

Tabletter (Activele Clivelle Eviana Indivina Novofem Trisekvens Progynova Livial)

Ovesterin tabletter

Ring/tablett til skjeden (Estring Vagifem)

Ovesterin vaginalkrem, Ovesterin vagitorier

Ja, helt klart

Ja, noen ganger

Nei, ikke så mye

Nei, ikke i det hele tatt

24.6 Har du eller har du hatt hetetokter?

24.7 Er du eller har du vært plaget av nattesvette?

FRAMFALL I SKJEDEN

24.8 Kjenner du et framfall i skjeden?

Med framfall (genital prolaps) menes her et framfall av livmor og/eller skjedevegg som er så stort at det kjennes.

Ikke

Litt

Ganske mye

Svært mye

Hvis Ikke, hopp til spm 25.1.

Hvis Litt, Ganske mye eller Svært mye:

FRAMFALL I SKJEDEN

Ikke

Litt

Ganske mye

Svært mye

24.8.1 Har du nedtrykk-følelse i skjeden eller underlivet som blir verre utover dagen?

24.8.2 I hvor stor grad har framfallet innflytelse på ditt liv?

24.8.3 Har framfallet en innflytelse på dine fysiske aktiviteter (for eksempel: å spasere, sykle, gå på trim)?

24.8.4 Må du presse for å tømme blæren?

24.8.5 Har du følelse av at framfallet er sjenerende under samleie?

24.8.6 Hvis behov, kan du presse framfallet tilbake i skjeden?

Aldri

Av og til

Ofte

Alltid

24.8.7 Kjenner du deg fullstendig tømt (avføring) etter toalettbesøk?

Alltid

Som oftest

Ganske ofte

Som oftest ikke

24.8.8 Har du søkt hjelp for framfall/prolaps

Nei

Ja

25 SEKSUALHELSE

25.1 Har du i løpet av de siste 12 måneder vært seksuelt aktiv ?

Nei Ja

25.2 Hvor mange seksualpartnere har du hatt totalt (Sett 0 dersom du ikke har hatt seksualpartner)?

Antall seksualpartnere__

25.3 Har du noen gang praktisert munnsex (utført på partner og/eller mottatt)?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 26.1.

Hvis Ja:

25.3.1 Har du i løpet av de siste 12 måneder praktisert munnsex (utført på partner og/eller mottatt)?

Nei Ja

26 VANNLATNING

26.1 Har du hatt vannlatningsbesvær i løpet av den siste måneden?

(f.eks. svak stråle, følelse av ufullstendig blæretømming eller hyppig vannlatning)

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 27.1.

Hvis Ja:

VANNLATNINGSBESVÆR

Aldri Mindre enn 1 av 5 ganger Mindre enn halvparten av gangene Omtrent
halvparten av gangene Mer enn halvparten av gangene Nesten alltid

26.1.1 Hvor ofte har du hatt følelsen av at blæren ikke er fullstendig tømt etter avsluttet vannlatning?

26.1.2 Hvor ofte har du måttet late vannet på nytt mindre enn to timer etter forrige vannlatning?

26.1.3 Hvor ofte har du måttet stoppe og starte flere ganger mens du lot vannet?

26.1.4 Hvor ofte har det vært vanskelig å utsette vannlatningen?

26.1.5 Hvor ofte har du hatt svak stråle

26.1.6 Hvor ofte har du måttet trykke eller presse for å late vannet?

26.1.7 Hvor ofte har du vanligvis måttet stå opp i løpet av natten for å late vannet?

27 URINLEKKASJE

27.1 Hvor ofte lekker du urin?

(Sett ett kryss)

Aldri

Omtrent en gang i uken eller sjeldnere

2-3 ganger i uken

ca 1 gang per dag
Flere ganger per dag
Hele tiden

Hvis Aldri, hopp til spm 28.1.

Hvis >Aldri:

URINLEKKASJE

27.1.1 Hvor mye urin lekker du vanligvis?

(Sett ett kryss)

Ikke noe
En liten mengde
En moderat mengde
En stor mengde

27.1.2 Hvor mye påvirker urinlekkasje ditt hverdagsliv?

Sett kryss for et tall mellom 0 (ikke i det hele tatt) og 10 (svært mye).

Ikke i det hele tatt 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Svært mye

27.1.3 Når lekker du urin

(Sett ett eller flere kryss)

Aldri, jeg lekker ikke urin
Lekker før jeg når toalettet
Lekker når jeg hoster eller nyser
Lekker når jeg sover
Lekker når jeg er fysisk aktiv/trimmer
Lekker når jeg er ferdig med å late vannet og har tatt på meg klærne
Lekker uten noen opplagt grunn
Lekker hele tiden

27.1.4 Har du søkt hjelp for urinlekkasje

Nei Ja

28 PSYKISK HELSE

Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette *den siste uken* (til og med i dag)?

(Sett ett kryss for hver plage)

Ikke Litt Ganske Veldig
plaget plaget mye mye

- 28.1 Plutselig frykt uten grunn**
- 28.2 Føler deg redd eller engstelig**
- 28.3 Matthet eller svimmelhet**
- 28.4 Føler deg anspent eller oppjaget**
- 28.5 Lett for å klandre deg selv**
- 28.6 Søvnproblemer**
- 28.7 Nedtrykt, tungsindig**
- 28.8 Følelse av å være unyttig, lite verd**
- 28.9 Følelse av at alt er et slit**
- 28.10 Følelse av håpløshet mht. framtida**

Her kommer noen spørsmål om hvorledes du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser *den siste uken*. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

28.11 Jeg føler meg nervøs og urolig

Mesteparten av tiden
Mye av tiden
Fra tid til annen
Ikke i det hele tatt

28.12 Jeg gleder meg fortsatt over tingene slik jeg pleide før

Avgjort like mye
Ikke fullt så mye
Bare lite grann
Ikke i det hele tatt

28.13 Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje

Ja, og noe svært ille
Ja, ikke så veldig ille
Litt, bekymrer meg lite
Ikke i det hele tatt

28.14 Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

Like mye nå som før
Ikke like mye nå som før
Avgjort ikke som før
Ikke i det hele tatt

28.15 Jeg har hodet fullt av bekymringer

Veldig ofte
Ganske ofte
Av og til
En gang i blant

28.16 Jeg er i godt humør

Aldri
Noen ganger
Ganske ofte
For det meste

28.17 Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet

Ja, helt klart
Vanligvis
Ikke så ofte
Ikke i det hele tatt

28.18 Jeg føler meg som om alt går langsommere

Nesten hele tiden
Svært ofte
Fra tid til annen
Ikke i det hele tatt

28.19 Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen

Ikke i det hele tatt
Fra tid til annen
Ganske ofte
Svært ofte

28.20 Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut

Ja, jeg har sluttet å bry meg
Ikke som jeg burde
Kan hende ikke nok
Bryr meg som før

28.21 Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv

Uten tvil svært mye
Ganske mye
Ikke så veldig mye
Ikke i det hele tatt

28.22 Jeg ser med glede frem til hendelser og ting

Like mye som før
Heller mindre enn før
Avgjort mindre enn før
Nesten ikke i det hele tatt

28.23 Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

Uten tvil svært ofte
Ganske ofte
Ikke så veldig ofte
Ikke i det hele tatt

28.24 Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV

Ofta
Fra tid til annen
Ikke så ofte
Svært sjelden

29 BEKYMRINGER

Hvor typisk er utsagnene for deg:

(Sett ett kryss for hver påstand, fra 1=Ikke typisk til 5=Meget typisk)

Ikke typisk	Noe typisk		Meget typisk	
1	2	3	4	5

29.1 Jeg bekymrer meg hele tiden

29.2 Mange situasjoner får meg til å bli bekymret

29.3 Jeg bekymrer meg alltid for et eller annet

30 TRAUMER

Har du noen gang opplevd noen av disse hendelsene?

(Sett ett eller flere kryss for hver linje)

Nei	Ja, før fylte 18 år	Ja, etter fylte 18 år	Ja, siste året
-----	---------------------	-----------------------	----------------

30.1 En livstruende sykdom eller vært utsatt for en alvorlig ulykke (f.eks. brann, arbeids- eller bilulykke)

30.2 Blitt utsatt for vold (f. eks. slått, sparket, banket opp, ranet, eller truet med skytevåpen)

30.3 Blitt utsatt for seksuelle overgrep, det vil si utsatt for seksuelle handlinger uten at du selv ønsket det

30.4 Blitt kalt noe negativt, holdt utenfor, truet eller plaget av medelever, studiekamerater eller arbeidskollegaer over lengre tid

30.5 Vært vitne til at noen som står deg nær er blitt utsatt for vold eller seksuelle overgrep (f. eks. slått, sparket, banket opp, ranet, truet med skytevåpen, eller drept)

30.6 Opplevd noe annet som har vært skremmende, farlig eller voldelig (f.eks. naturkatastrofe, krig, terrorhandlinger, holdt fanget, etc)

30.7 Dødsfall hos noen som stod deg nær og har vanskelig for å akseptere tapet, lengter etter den avdøde og opplever intens følelsesmessig smerte knyttet til tapet

30.8 Fått smertefull eller skremmende medisinsk behandling da du var på sykehus fordi du var syk eller alvorlig skadet

30.9 Fått smertefull eller skremmende behandling hos tannlege

30.10 At noen som står deg nær har vært livstruende syk eller utsatt for en alvorlig ulykke (f. eks. brann, arbeids- eller bilulykke)

30.11 Omsorgssvikt under oppveksten, det vil si ikke fått det nødvendige av mat, klær, beskyttelse og omsorg/kjærlighet fra foreldre/foresatte

Nei	Ja
-----	----

Hvis Nei på alle 30.1-30.11, hopp til spm 31.1.

Hvis Ja på minst ett av 30.1-30.11:

30.1.1 Tenker du fortsatt mye på det som skjedde?

Nei	Ja
-----	----

31 ALKOHOL

31.1 Har du drukket alkohol det siste året?

Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 31.1.1.15.

Hvis Ja:

Prøv så godt du kan å gi et "gjennomsnitt" av dine alkoholvaner. Ha det siste året i tankene når du fyller ut.

31.1.1-31.1.8.2

9. Alkoholholdige drikker

Svar enten pr. måned eller pr. uke. Merk at porsjonsenhetene er forskjellige, 1/5 liter tilsvarer ett glass (2 dl), mens 1/3 liter tilsvarer 0,33 liter glassflaske/boks.

	Aldri/ sjelden	Gang pr. måned			eller	Gang pr. uke				Mengde pr. gang						
		1	2	3		1	2-3	4-5	6-7		1/3	1/2	1	2	3	4+
Øl, sterk øl, pils	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	(liter)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lettøl	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	(liter)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rusbrus, Cider m/alkohol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	(liter)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rødvin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	(vinglass)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hvitvin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	(vinglass)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hetvin (portvin, sherry o.l.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	(1 glass = 4cl)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Brennevin, likør	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	(1 dram = 4cl)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Blandede drinker, cocktail	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	(drink)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvor ofte har du det siste året:

Aldri Sjeldnere enn månedlig Månedlig Ukentlig Daglig eller nesten daglig

31.1.1.9 Ikke klart å stoppe og drikke alkohol når du først har begynt?

31.1.1.10 Ikke klart å gjøre det som normalt forventes av deg fordi du har drukket?

31.1.1.11 Trengt alkohol om morgenen for å få komme i gang etter en rangel?

31.1.1.12 Følt skyld eller anger etter at du har drukket?

31.1.1.13 Ikke klart å huske hva som skjedde kvelden før på grunn av at du hadde drukket?

31.1.1.14 Druknet så mye at du har kjent deg sterkt beruset (full)?

Aldri Ja, men ikke det siste året Ja, det siste året

31.1.1.15 Har du eller andre noen gang blitt skadet på grunn av at du har drukket?

31.1.1.16 Har en slektning, venn, lege, eller annet helsepersonell vært bekymret for din drikking, eller foreslått at du reduserer inntaket?

32 ANDRE RUSMIDLER

32.1 Bruker du eller har du brukt andre rusmidler enn alkohol (f.eks hasj, amfetamin, kokain, heroin, hallusinogener, løsemidler, GHB)?

Nei Ja, nå Ja, tidligere

Hvis Nei hopp til spm 32.2.

Hvis Ja, nå eller Ja, tidligere:

32.1.1 Hva var din alder første gang du brukte andre rusmidler enn alkohol (f.eks. amfetamin, kokain, heroin, hallusinogener, løsemidler, GHB)?

Alder første gang__

32.1.2 I løpet av det siste året, hvor ofte har du brukt andre rusmidler enn alkohol (f.eks hasj, amfetamin, kokain, heroin, hallusinogener, løsemidler, GHB)?

Ikke brukt siste 12 måneder

1 gang i måneden eller sjeldnere

2-4 ganger i måneden

2-3 ganger i uken

4 ganger i uken eller mer

32.2 Bruker du eller har du brukt reseptbelagte legemidler for å oppnå rus (f.eks beroligende medisin, sovemedisin, smertestillende medisin, ADHD-medisin)?

Nei Ja, nå Ja, tidligere

Hvis Nei hopp til spm 33.1.

Hvis Ja, nå eller Ja, tidligere:

32.2.1 Hva var din alder første gang du brukt reseptbelagte legemidler for å oppnå rus (f.eks beroligende medisin, sovemedisin, smertestillende medisin, ADHD-medisin)?

Alder første gang__

32.2.2 I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du brukt reseptbelagte legemidler for å oppnå rus (f.eks beroligende medisin, sovemedisin, smertestillende medisin, ADHD-medisin)?

Ikke brukt siste 12 måneder

1 gang i måneden eller sjeldnere

2-4 ganger i måneden

2-3 ganger i uken

4 ganger i uken eller mer

33 RØYK OG SNUS

DAGLIG RØYKING

33.1 Røyker du daglig eller har du tidligere røykt daglig?

Aldri Ja, nå Ja, tidligere

Hvis Aldri, hopp til spm 33.2.

Hvis Ja, nå eller Ja, tidligere:

DAGLIG RØYKING

33.1.1 Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig?

Alder__

33.1.2 Hvor mange år til sammen har du røykt daglig?

Antall år__

33.1.3 Hvor mange sigaretter røyker/røykte du vanligvis daglig?

Antall sigaretter__

Hvis Ja, tidligere på spm 33.1:

DAGLIG RØYKING

33.1.4 Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet?

Antall år__

AV-OG-TIL RØYKING

33.2 Røyker du av og til men ikke daglig, eller har du tidligere røykt av og til men ikke daglig?

Aldri Ja, nå Ja, tidligere

Hvis Aldri, hopp til spm 33.3.

Hvis Ja, nå eller Ja, tidligere:

AV-OG-TIL RØYKING

33.2.1 Hvor mange sigaretter røyker/røykte du vanligvis per uke?

Antall sigaretter__

DAGLIG SNUSING

33.3 Bruker du eller har du tidligere brukt snus eller skrå daglig?

Aldri Ja, nå Ja, tidligere

Hvis Aldri, hopp til spm 33.4.

Hvis Ja, nå eller Ja, tidligere:

DAGLIG SNUSING

33.3.1 Hvor gammel var du da du begynte å snuse daglig?

Alder__

33.3.2 Hvor mange år til sammen har du snust daglig?

Antall år__

33.3.3 Hvis du snuser daglig nå eller har snust daglig tidligere, hvor mange porsjoner snus bruker/ brukte du vanligvis daglig?

Antall porsjoner__

Hvis Ja, tidligere på spm 33.3:

DAGLIG SNUSING

33.3.4 Hvis du har snust daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet?

Antall år ____

AV-OG-TIL SNUSING

33.4 Bruker du eller har du tidligere brukt snus av og til, men ikke daglig?

Aldri Ja, nå Ja, tidligere

Hvis Aldri, hopp til spm 34.1.

Hvis Ja, nå eller Ja, tidligere:

AV-OG-TIL SNUSING

33.4.1 Hvor mange porsjoner snus bruker/brukte du vanligvis per uke?

Antall porsjoner ____

34 STØY

Hvor følsom er du for støy? Sett kryss ved det utsagnet som passer best.

34.1 Jeg er følsom for støy

Helt enig
Ganske enig
Litt enig
Litt uenig
Ganske uenig
Helt uenig

34.2 Har du nedsatt hørsel (ett/begge ører)?

Nei Ja

34.3 Har du i løpet av de siste 12 måneder hatt øresus i perioder som varer lengre enn 5 minutter?

Nei Ja

Hvis Nei hopp til spm 34.4.

Hvis Ja:

ØRESUS

34.3.1 Hvor ofte har du øresus?

(Sett ett kryss)

Sjeldnere enn hver uke
Hver uke, men ikke hver dag
Hver dag, men ikke hele tiden
Nesten alltid

34.3.2 Hvor lenge varer vanligvis periodene med øresus?

(Sett ett kryss)

Noen få minutter
10 minutter til 1 time
Lengre enn 1 time

34.3.3 Noen bryr seg ikke om lyden, for andre oppleves det svært plagsomt å ha øresus. Angi hvor plaget du er av øresusen med det tall mellom 0 og 10, der 0 er inger plager og 10 er verst tenkelige plager.

0 Ingen plager

10 Verst tenkelige plager

Hvis du tenker på de siste 12 månedene, hvor plaget er du av støy hjemme fra kildene nedenfor?
(Sett ett kryss for hver linje)

Ikke plaget

Litt plaget

Middels plaget

Mye plaget

Ekstremt plaget

34.4 Veitrafikk

34.5 Helikopter

34.6 Fly

34.7 Båt/skip/havn

34.8 Bygge- og anleggsvirksomhet

34.9 Industri- og næringsvirksomhet

34.10 Nabo/andre utenfor din bolig

34.11 Andre innenfor din bolig (f. eks. som spiller høy musikk, snorkende partner, barn som våkner og skriker om natten o.l.)

34.12 Annen støykilde

34.13 Hvor mange år til sammen har du arbeidet på steder med støy der det har vært nødvendig å rope for å bli hørt?

Antall år ____

Hvis ikke Yrkesaktiv heltid eller Yrkesaktiv deltid på spm 4.1 hopp til spm 35.1.

Hvis Yrkesaktiv heltid eller Yrkesaktiv deltid på spm 4.1:

34.13.1 Hvis du tenker på de siste 12 månedene, hvor plaget er du av støy (fra musikk, prating, ventilasjonsanlegg, maskiner og utstyr el.l.) som virker forstyrrende i ditt arbeide?

Ikke plaget

Litt plaget

Middels plaget

Mye plaget

Ekstremt plaget

35 TANNHELSE

Her kommer noen spørsmål om hvordan tennenes og munnhulens tilstand kan påvirke deg i dine daglige gjøremål. Først vil vi stille noen spørsmål om ulike **plager med tennene, eventuelt gebiss, løstener eller tannprotese.**

PLAGER MED TENNER/TANNPROTESER

Hver dag eller nesten hver dag

En til to ganger i uka

En til to ganger i måneden

Sjeldnere enn en gang i måneden

Aldri

35.1 I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte har slike plager gjort det vanskelig for deg å spise og nyte maten?

35.2 I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte vil du si at slike plager har gjort det vanskelig for deg å snakke og uttrykke deg tydelig?

35.3 I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte har slike plager gjort tannrengjøringen vanskelig?

35.4 I løpet av de siste 6 månedene, vil du si at slike plager har gjort det vanskelig for deg å sove og slappe av?

35.5 I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte vil du si at slike plager har gjort det vanskelig for deg å smile og vise tenner uten å bli brydd?

35.6 I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte vil du si at slike plager har gjort det vanskelig for deg å være følelsesmessig stabil uten å bli irritabel?

35.7 I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte vil du si at slike plager har gjort det vanskelig for deg å glede deg over samvær med andre mennesker?

35.8 I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte vil du si at slike plager har gjort det vanskelig for deg å utføre daglig gjøremål?

35.9 Hvor ofte pusser du vanligvis tennene dine?

Sjeldnere enn 1 gang per uke

Noen ganger i uka

En gang daglig

To eller flere ganger daglig

35.10 Går du regelmessig til tannlege/tannpleier?

Ja, mer enn en gang i året

Ja, hvert år

Ja, hvert annet år

Ja, med lengre mellomrom enn 2 år

Nei, bare for akutte problemer

Nei, går aldri

Bruker du selv noen av følgende hjelpemidler og i tilfelle hvor ofte?

Aldri/Sjelden

Noen ganger i måneden

Noen ganger i uka

Daglig

35.11 Fluortannkrem

35.12 Tanntråd, mellomromsbørste og eller tannstikker

35.13 Fluortabletter

35.14 Fluorskyllevæske (Flux; Fluorid tannskyll; Nicodent)

35.15 Antibakteriell skyllvæske (Listerine, Corsodyl, Klorhexidin)

Her kommer noen spørsmål om hvordan du opplever tannlegebesøk. Føler du, eller føler du ikke engstelse ved tannlegebesøk?

Ikke engstelig i det hele tatt

Litt engstelig

Ganske engstelig

Meget engstelig

Ekstremt engstelig

35.16 Dersom du skulle til tannlegen i morgen, hvordan vil du føle deg?

35.17 Når du sitter i tannlegens venteværelse og venter på tur, hvordan føler du deg?

35.18 Hvordan føler du det når du sitter i tannlegestolen og venter på at tannlegen skal bore i tannen/tennene dine?

35.19 Tenk deg at du sitter i tannlegestolen og venter på at tannlegen skal få rengjort tennene dine. Hvordan føler du deg når tannlegen tar fram instrumentene for å fjerne tannsten?

35.20 Hvis du måtte ta bedøvelse («sprøyte») for behandling av en jeksel i overkjeven, hvordan vil du føle deg?

36 HUD- OG LEDDPLAGER

Har du eller har du noen gang hatt følgende hud- eller leddsykdommer?

Nei Ja

36.1 Psoriasis

36.2 Psoriasis artritt (psoriasis leddgikt)

36.3 Atopisk eksem (barneeksem)

36.4 Tilbakevendende (kronisk) håndeksem

36.5 Tilbakevendende, store, smertefulle kuler (verkebyller) som ofte tilheler med arr, i armhuler, lysker eller under brystene (sykdom kalt hidradrenitis)?

Hvis Ja på spm 36.1:

PSORIASIS

36.1.1 Har du fått diagnosen psoriasis av lege?

Nei Ja

36.1.2 Har du vært plaget av psoriasis i løpet av de siste 12 månedene?

Nei Ja

Hvis Ja på spm 36.2:

36.1.2.1 Hvilken beskrivelse passet/passet best til din psoriasis siste 12 måneder?

(Sett ett kryss)

Plutselige, bitte små flekker over hele kroppen (mindre enn 1 cm)

Flekker på albuer/knær/hodebunn som kommer av og til

Flekker på albuer/knær/hodebunn som er nærmest konstant til stede

Flekker på albuer/knær/hodebunn men også enkelte flekker på overkroppen, som nærmest konstant er til stede

Utslett på større områder på kroppen som kommer av og til

Utslett på større områder på kroppen som er nærmest konstant til stede

Hvis Ja på spm 36.2:

PSORIASIS ARTRITT (PSORIASIS LEDDGIKT)

36.2.1 Har du vært plaget av psoriasis artritt i løpet av de siste 12 månedene?

Nei Ja

Hvis Nei på spm 36.3

ATOPISK EKSEM (BARNEEKSEM)

36.3.1 Har du vært plaget av atopisk eksem i løpet av de siste 12 månedene?

Nei Ja

Hvis på spm 36.4:

TILBAKEVENDENDE (KRONISK) HÅNDEKSEM

36.4.1 Har du vært plaget av tilbakevendende håndeksem i løpet av de siste 12 månedene?

Nei Ja

Hvis Ja på spm 36.5:

VERKEBYLL (HIDRADRENITIS)

36.5.1 Har du vært plaget av verkebyll i løpet av de siste 12 månedene?

Nei Ja

Har du eller har du hatt:
(Sett ett eller flere kyss)

36.6 Lignende utslett på huden?



Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 36.7.

Hvis Ja:



36.6.1 Har du hatt slikt utslett på huden i løpet av de siste 12 månedene?

Nei Ja

36.7 Lignende negleforandringer?



Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 36.8.

Hvis Ja:



36.7.1 Har du hatt slike negleforandringer i løpet av de siste 12 månedene?

Nei Ja

36.8 Lignende utslett i hodebunnen?



Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 36.9.

Hvis Ja:



36.8.1 Har du hatt slikt utslett i hodebunnen i løpet av de siste 12 månedene?

Nei Ja

36.9 Lignende utslett i håndflater og/eller fotsåler?



Nei Ja

Hvis Nei, hopp til spm 36.10.

Hvis Ja:



36.9.1 Har du hatt slikt utslett i håndflater og/eller fotsåler i løpet av de siste 12 månedene?

Nei Ja

36.10 Har du hatt utslett eller rødhet/irritasjon i lyskene, under/mellom rumpeballene eller under armene som har vart i mer enn 2 uker?

Nei Ja

37 REISER UTENFOR NORDEN

37.1 I løpet av de siste 12 måneder, hvor mange reiser har du hatt utenfor Norden med varighet lengre enn en uke?

(Sett 0 dersom du ikke har reist lengre enn en uke utenfor Norden siste 12 måneder)

Antall reiser i rullegardinmeny (1-20 reiser)

Hvis Reiser =0, hopp til spm 38.1.

Hvis Reiser >0:

For hver reise utenfor Norden med varighet lengre enn en uke, kryss av for landet du opphold deg lengst i, om du hadde diare i forbindelse med reisen, og dersom du var sykehusinnlagt, hvor mange ganger:

For reise 1-20:

37.1.1 Land

Rullegardinmeny land alfabetisk (200 land)

37.1.2 Diare

Nei Ja

37.1.3 Antall ganger sykehusinnlagt

(Sett 0 dersom du ikke var sykehusinnlagt i forbindelse med oppholdet)

Antall ganger__

Hvis Antall ganger sykehusinnlagt =0, hopp til spm 38.1.

Hvis Antall ganger sykehusinnlagt >0:

For hver sykehusinnleggelse i land utenfor Norden siste 12 måneder, i hvilket land var du sykehusinnlagt, hvilken måned du ble sykehusinnlagt, og hvor mange dager var du sykehusinnlagt:

37.1.3.1 Land

Rullegardinmeny land alfabetisk (200 land)

37.1.3.2 Måned sykehusinnlagt

Mars 2015 etc

37.1.3.3 Varighet sykehusinnleggelse

Antall dager__

38 ANTIBIOTIKAKJØP I UTLANDET

38.1 Har du kjøpt antibiotika i utlandet i løpet av de siste 12 måneder (penicillinlignende medisin til behandling av infeksjon)?

Nei Ja

Hvis Nei, ferdig med skjema.

Hvis Ja:

38.1.1 Hvordan foregikk kjøpet?

Behandlingen var etter resept fra lege/tannlege
Kjøpte direkte fra apotek uten resept