



Spørreskjemaet er en viktig del av helseundersøkelsen. Vennligst fyll ut skjemaet på forhånd og ta det med til helseundersøkelsen. Dersom enkelte spørsmål er uklare, lar du dem stå ubesvart til du møter fram, og drøfter dem med personalet som gjennomfører undersøkelsen. *Alle svar vil bli behandlet strengt fortrolig.*

Det utfylte skjemaet vil bli lest av en maskin. Bruk blå eller sort farge ved utfylling. Det er viktig at du går fram slik:

- i de små boksene setter du kryss for det svaret som passer best for deg
- i de store boksene skriver du tall eller blokkbokstaver – NB! innenfor rammen for boksen.

Eksempler:

Avkryssing:

Tall:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Bokstaver:

A B C

Med vennlig hilsen

Statens helseundersøkelser ♥ Kommunehelsetjenesten

T

1. EGEN HELSE

Hvordan er helsen din nå? (Sett bare ett kryss)

Dårlig 1 Ikke helt god 2 God 3 Svært god 4

Har du, eller har du hatt:

	JA	NEI	Ålder første gang
Hjerteinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
Angina pectoris (hjertekrampe).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
«Hjerneslag/hjerneblødning («drypp»).....»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
Diabetes (sukkersyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år

Får du smerter eller ubehag i brystet når du: JA NEI

Går i bakker, trapper eller fort på flat mark?.....

Hvis du får slike smerter, pleier du da å:

Stoppe? 1 Saktne farten? 2 Fortsette i samme takt? 3

Dersom du stopper, forsvinner smertene da etter mindre enn 10 minutter?..... JA NEI

Kan slike smerter like gjerne opptre mens du er i ro?..... JA NEI

2. HVORLEDES FØLER DU DEG?

Har du de siste to ukene følt deg:

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Nervøs og urolig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygg og rolig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabel?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad og optimistisk?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor/deprimert?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

3. SYKDOM I FAMILIEN

Har en eller flere av foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)?..... JA NEI VET IKKE

Har en eller flere foreldre/søsken hatt:

Hjerteinfarkt før de fylte 60 år?.....

Hjerneslag/hjerneblødning før de fylte 70 år?.....

4. MUSKEL/SKJELETT-PLAGER

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?..... JA NEI

Hvis NEI, gå til avsnitt 5. SOSIALE FORHOLD.

Hvis JA, svar på følgende:

Hvor har du hatt disse plagene? JA NEI

Nakke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skuldre (aksler).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albuer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndledd/hender.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bryst, mage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Øvre del av ryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korsryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hofter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anklær, føtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor lenge har plagene vart sammenhengende?

Svar for det området hvor plagene har vart lengst.

Hvis under 1 år, oppgi antall mnd.....Antall mnd.

Hvis 1 år eller mer, oppgi antall år.....Antall år

Har plagene redusert din arbeidsevne det siste året?

Gjelder også hjemmearbeidende. Sett bare ett kryss.

Nei/ubetydelig 1 I noen grad 2 I betydelig grad 3 Vet ikke 4

Har du vært sykmeldt pga. disse plagene det siste året?..... JA NEI Ikke i arbeid

Har plagene ført til redusert aktivitet i fritida?..... JA NEI

5. SOSIALE FORHOLD

Mottar du nå noen av følgende ytelser? JA NEI

Syketrygd (sykmeldt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attføringsspenger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uførepensjon (hel eller delvis).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsledighetstrygd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Er husarbeid i hjemmet hovedyrket ditt? JA NEI

(Svar NEI hvis lønnet arbeid utenom husarbeid er 18 timer eller mer pr. uke).....

6. UTDANNING

Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

Sett bare ett kryss.

- Mindre enn 7 år grunnskole.....
- Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole..... 1
- Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 årig videregående skole..... 2
- Artium, øk.gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole..... 3
- Høgskole/universitet, mindre enn 4 år..... 4
- Høgskole/universitet, 4 år eller mer..... 5

7. KOST

Hvor ofte bruker du disse matvarene?

Sett kryss i de rutene som beskriver ditt forbruk best.

	Flere g. daglig	Daglig	1-5 g. pr.uke	1-3 g. pr.mnd	Sjelden eller aldri
Fisk (middag, pålegg).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt/grønt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helmelk, kefir, yoghurt....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk, lettyoghurt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet melk (sur/søt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Hva slags smør eller margarin bruker du vanligvis PÅ BRØDET?

Sett kryss i den ruta som passer best.

- Bruker ikke smør/margarin..... 1
- Meierismør..... 2
- Hard margarin..... 3
- Bløt (soft) margarin..... 4
- Smør/margarin blanding..... 5
- Lettmargarin/lettsmør (Brelett)..... 6

Hva slags fett bruker du/dere vanligvis TIL MATLAGING?

Sett kryss i den ruta som passer best.

- Smør/margarin..... 1
- Myk (soft) margarin/olje..... 2
- Bare olje..... 3
- Vet ikke..... 4

8. KAFFE / TE / ALKOHOL

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig?

Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe/te daglig.

Antall kopper daglig

Kokekaffe Annen kaffe Te

JA NEI

Er du total avholdsmann/-kvinne?.....

Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol? Regn ikke med lettøl.

Sett 0 hvis mindre enn 1 gang i mnd.Antall ganger

Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du VANLIGVIS i løpet av to uker?

Regn ikke med lettøl. Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol.

Glass øl Glass vin Glass brennevin

9. RØYKING

Hvor lenge er du vanligvis daglig

tilstede i røykfyllt rom?.....Antall hele timer

Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfyllt rom.

Røyker du selv:

JA NEI

Sigaretter daglig?.....

Sigarett/sigarillos daglig?.....

Pipe daglig?.....

Aldri røykt daglig..... (Sett kryss)

Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor

lenge er det siden du sluttet?.....Antall år

Hvis du røyker daglig nå eller har røykt tidligere:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig?.....Antall sigaretter

Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig?.....Alder i år

Hvor mange år til sammen har du røykt daglig?.....Antall år

10. MOSJON

Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året?

Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.

Arbeidsvei regnes som fritid. Besvar begge spørsmålene.

	Ingen	Under 1	1-2	3 og mer
Lette aktiviteter (ikke svett/andpusten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

Bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid. Hvis aktiviteten varierer meget f.eks. mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året.

Sett kryss i den ruta som passer best.

Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?..... 1

Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka?..... 2

(Her skal du også regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.)

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.?..... 3

(Merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uka)

Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka?..... 4

11. ENDRING AV HELSEVANER

Dette gjelder din interesse for å endre helsevaner. Røykespørsmålet besvares bare av dem som røyker.

Spise sunnere

Trimme mer

Slutte å røyke

JA NEI JA NEI JA NEI

Har du de siste 12 mnd. forsøkt å:

Om 5 år, tror du at du har endret vaner på noen av disse områdene?.....

Anslå din høyeste og laveste vekt i løpet av de siste 5 år. (Hele kg) (Se bort fra vekt under svangerskap)

Høyeste vekt

Laveste vekt

VEND!

12. MEDISIN MOT HØYT BLODTRYKK

Braker du medisin mot høyt blodtrykk?

Nå 1 Før, men ikke nå 2 Aldri brukt 3

Hvis du bruker medisin nå, hvilke(t) merke(r) bruker du?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ikke skriv i disse rutene

13. MEDISIN MOT HØYT KOLESTEROL

Braker du kolesterolsenkende medisiner NÅ? JA NEI
Hvis NEI, gå til 14. ETTERUNDERSØKELSE.

Hvor gammel var du da du begynte med kolesterolsenkende medisiner? Alder i år

Hvis du bruker kolesterolsenkende medisiner, hva var grunnen til at du begynte med slik medisin? (Sett kryss i de rutene som passer for deg.)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Hjerteinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris (hjertekrampe, brystkrampe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Høyt innhold av kolesterol i blodet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjertesykdom i familien (foreldre, søsken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerneslag/hjerneblødning/ «drypp» | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dårlig blodsirkulasjon i bena (åreforkalkning, «røyebeben») | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre årsaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Skriv hvilke årsaker her:

<input type="text"/>

Ikke skriv i disse rutene

Jeg er usikker på årsaken JA NEI

Hvilke kolesterolsenkende medisiner bruker du NÅ og hvilken dose bruker du?

Hvilke(t) merke(r) bruker du?	Samlet dose på ett døgn	mg
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ikke skriv i disse rutene

14. ETTERUNDERSØKELSE

Hvis denne helseundersøkelsen viser at du bør undersøkes nærmere, hvilken allmennpraktiserende lege/kommunelege ønsker du da å bli henvist til?

Oppgi legens navn:

<input type="text"/>

Ikke skriv i disse rutene

15. TIL KVINNER SOM DELTAR I HELSE-UNDERSØKELSEN

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon aller første gang? Alder i år

Har du for tiden regelmessig menstruasjon? Regn den for regelmessig hvis den ikke har vært borte mer enn 3 mnd. sammenhengende siste år. JA NEI

Til deg som svarte JA: Omtrent hvor mange dager etter starten på siste menstruasjon skjer helseundersøkelsen? (Sett bare ett kryss)

Under 8 8-14 15-21 Mer enn 21 dager

Hvis du for tiden ikke har regelmessig menstruasjon, ber vi deg fylle ut nedenfor (Sett bare ett kryss)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Menstruasjonen sluttet av seg selv for minst 6 mnd. siden (overgangsalder) | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Menstruasjonen sluttet etter underlivsoperasjon, strålebehandling eller cellegift | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Usikker på om menstruasjonen har sluttet (mulig overgangsalder) | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Gravid i mindre enn 6 måneder | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Gravid i 6 måneder eller mer | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Har nylig født eller ammer, og har ikke fått menstruasjonen tilbake | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Helt uregelmessige menstruasjoner, med svært korte eller svært lange pauser | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Ingen eller uregelmessig menstruasjon på grunn av hormonbehandling | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Har aldri hatt menstruasjoner | <input type="checkbox"/> | 9 |

Hvis du ikke lenger har menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet? Alder i år

Hvor mange barn (levende barn) har du født? Antall barn

Hvor lenge har du ammet dine barn til sammen? (f.eks. 3 barn: 1 + 6 + 10 = 17 måneder) Antall mnd.

Braker du nå, eller har du tidligere brukt	Nå	Før, men ikke nå	Aldri
P-pille (også minipille) eller p-sprøyte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanlig spiral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonspiral (pris ca. kr. 1000)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen/progesteron (tablett, plaster, sprøyte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (krem eller stikkpiller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Til deg som bruker p-pille, hormonspiral (ikke vanlig spiral) eller hormoner i overgangsalderen NÅ:

Hvilke(t) merke(r) bruker du?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ikke skriv i disse rutene

Omtrent hvor lenge har du brukt det du bruker nå?

Antall år Hvis mindre enn ett år: Måneder

Takk for utfyllingen!

Nok en gang:

Velkommen til undersøkelsen!