

Kjære HUNT-deltaker

Takk for at du deltok i den første delen av Helseundersøkelsen.

Du har fått dette spørreskjemaet fordi du har svart "Ja" på spørsmål om du har, eller har hatt, brystkreft.

Vi håper at du også vil svare på dette skjemaet.

Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er viktig at du krysser av riktig: **Rett** **Galt**
- Krysser du feil sted, retter du ved å fylle boksen slik:
- Skriv tydelige tall: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
- Bruk bare svart eller blå penn. Ikke bruk blyant eller tusj.

Dato for utfylling: / 20

Dag Måned År

Skjemaet returneres i den vedlagte konvolutten, som er ferdig frankert.

Angi i hvilken grad du har hatt disse symptomene eller problemene

TENK PÅ DEN SISTE UKA

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
1 Har du vært tørr i munnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Har mat og drikke smakt annerledes enn vanlig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har du hatt såre, irriterte eller tårefylte øyne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Har du hatt håravfall?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Dette spørsmålet skal bare besvares hvis du har hatt håravfall: Har du vært urolig på grunn av håravfallet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Har du følt deg syk eller uvel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Har du hatt hetetokter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Har du hatt hodepine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Har du følt deg mindre fysisk tiltrekkende på grunn av din sykdom eller behandlinga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Har du følt deg mindre kvinnelig på grunn av din sykdom eller behandlinga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Har det vært vanskelig for deg å se deg selv naken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Har du vært misfornøyd med kroppen din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Har du vært bekymret for din framtidige helse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TENK PÅ DE SISTE 4 UKENE

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
14 I hvilken grad har du vært interessert i seksualitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 I hvilken grad har du vært seksuelt aktiv (med eller uten samleie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Hvis du har vært seksuelt aktiv, i hvilken grad har du hatt glede av din seksuelle aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



TENK PÅ DEN SISTE UKA

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
17 Har du hatt smerter i arma eller skuldra på den opererte sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Har du vært hoven i arma eller handa på den opererte sida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Har det vært vanskelig å løfte arma på den opererte sida eller å bevege den ut til sida?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Har du hatt smerter i området ved det rammede brystet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Har du vært hoven i området ved det rammede brystet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Har du vært spesielt overfølsom i området ved det rammede brystet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Har du hatt hudproblemer på eller i området ved det rammede brystet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f.eks kløe, tørrhet, flass)?				

SYN PÅ TILVÆRELSEN

Kryss av den boksen som svarer best til ditt syn.

	Helt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Helt enig
24 At jeg har fått en kreftdiagnose, får meg til å føle meg usikker på framtida	<input type="checkbox"/>				
25 Jeg er bekymret for framtida mi	<input type="checkbox"/>				
26 Jeg er redd for å dø	<input type="checkbox"/>				
27 Jeg føler at levetida mi holder på å renne ut.....	<input type="checkbox"/>				
28 Jeg har lært noe om livet fordi jeg har fått en kreftdiagnose.....	<input type="checkbox"/>				
29 At jeg har fått en kreftdiagnose, har fått meg til å innse at tida er kostbar	<input type="checkbox"/>				
30 At jeg har fått en kreftdiagnose har styrket min gudstro eller min sans for åndelige verdier.....	<input type="checkbox"/>				



NB!

Det utfylte skjemaet returneres i den vedlagte svarkonvolutten.
Porto er betalt.

Takk for hjelpa!