

MELDING OM SKJERMBILDEFOTOGRAFERING OG UNDERSØKELSE AV BLODTRYKK OG BLODSUKKER

Skjermbildefotoograferingen kommer nå til ditt distrikt. Denne gangen inngår fotoograferingen i en større helseundersøkelse, og vi viser til orienteringen som er gitt i den vedlagte brosjyre.

Tid og sted for frammøte vil du finne nedenfor.

Vennligst fyll ut spørreskjemaet på baksiden og ta det med til undersøkelsen. Ta også med skjermbildebevis, tuberkulinkort eller helsebok om du har.

Det er viktig at du møter fram selv om du nylig har fått kontrollert blodtrykk eller blodsukker, og selv om du er under behandling for høyt blodtrykk eller for sukkersyke.

Med vennlig hilsen

Statens skjermbildefotoografering

Postboks 8155 Dep, Oslo 1

Fylkeslegen • Helserådet • Statens Institutt For Folkehelse

Født dato	Personr.	Kommune	Kretsnr.
Møtested		Kjønn Første bokstav etternavn Dag og dato	Klokkeslett

H. 14	V. 18	SBT ₁ 21	DBT ₁ 24	PULS 27	SBT ₂ 30	DBT ₂ 33	SYKEPL ³⁵
TID ³⁶	GLUC ³⁹	GLUC ⁴²	GLUC ⁴⁵	HG ⁴⁶	BT ⁴⁷	P 48	Ø.M 49

SE BILDET AV BLODTRYKKS MÅLINGEN I DEN VEDLAGTE BROSJYREN

A. Hvordan er helsa di for tida?
(Sett kryss i bare *en* rute.)

- Dårlig 50 1
- Ikke helt god 2
- God 3
- Svært god 4

B. Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos?

- | | JA | NEI |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Almenpraktiserende lege (distriktslege, privatpraktiserende lege, turnuskandidat)..... 51 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedriftslege 52 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Militærlege 53 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lege ved sykehus (uten at du var innlagt) 54 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen lege 55 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

C. Har du vært innlagt i sykehus de siste 5 åra? 56

JA NEI

D. Bruker du, eller har du brukt, medisin for høyt blodtrykk? 57

JA NEI

E. Har du eller har du hatt noen av disse sykdommene?

- | | JA | NEI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Sukkersyke 58 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerteinfarkt 59 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris (hjertekrampe) 60 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerneslag eller hjerneblødning 61 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F. Har du noen langvarig sykdom, skade eller lidelse av fysisk eller psykisk art som nedsetter dine funksjoner i ditt daglige liv? (Med langvarig menes at det har vart, eller vil vare i minst ett år.) 62

JA NEI

Hvis «JA», vil du si at dine funksjoner er litt, middels eller mye nedsatt?

- | | LITT | MID-DELS | MYE |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Er bevegelseshemmet 63 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har nedsatt syn 64 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har nedsatt hørsel 65 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemmet pga. kroppslig sykdom 66 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hemmet pga. psykiske plager 67 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G. Har du noen søsken? (Nålevende eller døde) 68

JA NEI

Hvis «JA», har en eller flere av dem hatt noen av disse sykdommene?

- | | JA | NEI | VET IKKE |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sukkersyke 69 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerteinfarkt/hjertekrampe 70 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Forhøyet blodtrykk 71 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

H. Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd? (Sett kryss i bare *en* rute.)

- Svært fornøyd 72 1
- Meget fornøyd 2
- Ganske fornøyd 3
- Både/og 4
- Nokså misfornøyd 5
- Meget misfornøyd 6
- Svært misfornøyd 7

I. Er blodtrykket ditt målt noen gang før? 73
Hvis «NEI», gå videre til spørsmål M

JA NEI VET IKKE

J. Hvilket år ble blodtrykket målt siste gang?

19 vet ikke 74

Skriv årstallet her (ca.)

K. Hvor ble blodtrykket målt siste gang? (Sett kryss i bare *en* rute.)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Hos almenpraktiserende lege (distriktslege, privatpraktiserende lege, turnuskandidat) 76 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Hos bedriftslege <input type="checkbox"/> | 2 | |
| Hos militærlege <input type="checkbox"/> | 3 | |
| På sykehus <input type="checkbox"/> | 4 | |
| Hos annen lege <input type="checkbox"/> | 5 | |
| Vet ikke <input type="checkbox"/> | 6 | |

L. Hva ble resultatet av målingen? (Sett kryss i bare *en* rute.)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Jeg skulle begynne med eller fortsette med medisin for høyt blodtrykk 77 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Jeg skulle komme til kontroll, men skulle <i>ikke</i> ta medisin <input type="checkbox"/> | 2 | |
| Jeg skulle <i>ikke</i> ta medisin og <i>ikke</i> komme til kontroll <input type="checkbox"/> | 3 | |

M. Dersom denne helseundersøkelsen viser at du bør undersøkes nærmere: Hvilken almenpraktiserende lege ønsker du da å bli henvist til?

Skriv navnet på legen her

Ingen spesiell lege .. 78

IKKE SKRIV HER

OM ARBEIDET DITT

N. Er du i arbeid for tida? (Sett kryss i bare *en* rute.)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Ja, heltidsarbeid (utenom husarbeid) 81 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Ja, deltidsarbeid (utenom husarbeid) <input type="checkbox"/> | 2 | |
| Ja, heltids husarbeid <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Nei, ikke i arbeid <input type="checkbox"/> | 4 | |

O. Hvis du ikke er i heltids arbeid, er det på grunn av: (Sett kryss i bare *en* rute.)

- | | | |
|--|--------------------------|---|
| Arbeidsløshet, permittering 82 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Pensjon eller trygd <input type="checkbox"/> | 2 | |
| Utdanning eller militærtjeneste <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Annet <input type="checkbox"/> | 4 | |

HVIS DU ER I ARBEID, VENNLIGST SVAR PÅ DE NESTE TO SPØRSMÅLENE

P. Er det mye stress og mas på arbeidet ditt? (Sett kryss i bare *en* rute.)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Nei, ikke i det hele tatt 83 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Sjelden <input type="checkbox"/> | 2 | |
| Ja, en god del <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Ja, nesten hele tida <input type="checkbox"/> | 4 | |

Q. Kan du sjøl bestemme hvordan arbeidet ditt skal legges opp? (Sett kryss i bare *en* rute)

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| Nei, ikke i det hele tatt 84 | <input type="checkbox"/> | 1 |
| I liten grad <input type="checkbox"/> | 2 | |
| Ja, stort sett <input type="checkbox"/> | 3 | |
| Ja, det bestemmer jeg sjøl <input type="checkbox"/> | 4 | |