

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, kreft i tykktarm/endetarm.

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 hatt smerter ved vannlating?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Har du hatt smerter i setet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har du følt deg oppblåst i magen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Har du vært plaget av luftavgang (flatulens)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Har du rapet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Har du vært tørr i munnen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Har du fått tynt eller livløst hår på grunn av sykdommen eller behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Har mat og drikke smakt annerledes enn vanlig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Har du følt deg mindre fysisk tiltrekkende på grunn av sykdommen eller behandlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Har du følt deg mindre kvinnelig/mandig på grunn av sykdommen eller behandlingen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Har du vært misfornøyd med kroppen din?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 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
13 I hvilken grad var du interessert i seksualitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 I hvilken grad var du seksuelt aktiv (med eller uten samleie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 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"/>

Bare for menn (spørsmål 16 og 17)

16 Har du hatt vanskeligheter med å få, eller opprettholde ereksjon (reisning)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Har du hatt problemer med å få utløsning (f.eks tørr sædavgang)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bare for kvinner som har hatt samleie siste 4 uker (spørsmål 18 og 19)

18 Har du hatt tørr skjede under samleie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Har du hatt smerter under samleie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



9140000011

- 20 Har du stomi (utlagt tarm)? Nei Vennligst svar på spørsmål 21-27
 Ja Vennligst svar på spørsmål 28-34

TENK PÅ DEN SISTE UKA

Bare for pasienter uten stomi (utlagt tarm)

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
21 Har du hatt hyppig avføring i løpet av dagen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Har du hatt hyppig avføring i løpet av natta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Har du følt trang til avføring uten at det faktisk kom noe?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Har du hatt ufrivillig avgang av avføring?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Har du hatt blod i avføringa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Har du hatt problemer med å få til avføring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Har det vært smertefullt å ha avføring?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bare for pasienter med stomi (utlagt tarm)

	Ikke i det hele tatt	Litt	En del	Svært mye
28 Har du vært redd for at andre skulle høre stomien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Har du vært redd for at andre skulle kunne lukte stomien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Har du vært engstelig for mulig lekkasje fra stomiposen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Har du hatt problemer med å stille stomien?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Har huden rundt stomien vært irritert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Har du følt deg forlegen på grunn av stomien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Har du følt deg mindre hel på grunn av stomien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYN PÅ TILVÆRELSEN

Kryss av den boksen som svarer best til ditt syn.

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



NB!

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

Takk for hjelpa!