

hunt-diabetes

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

Hvis du ikke ønsker å besvare spørreskjemaet, sett kryss her og returner skjemaet. Da slipper du purring.

Jeg ønsker ikke å besvare skjemaet

Du har opplyst at du har eller har hatt diabetes. Vi ber deg derfor svare så godt du kan på disse spørsmålene om diabetes. Opplysningene vil bli brukt i det videre arbeidet for å bedre diabetesomsorgen og finne ut hvordan man best kan forebygge problemer knyttet til sykdommen. Les forøvrig brosjyren «hunt-spesial», som du fikk ved Helseundersøkelsen. Alle opplysningene blir behandlet av oss med streng taushetsplikt. *Lykke til!*

UTFYLLING

Dato for utfylling av skjema: / 199

DIAGNOSE

Hvordan ble din diabetes oppdaget?

	Ja	Nei
Jeg søkte lege pga. symptomer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble oppdaget uten at jeg hadde symptomer (Ved legeattest, bedriftshelsekontroll, undersøkelse for annen sykdom e.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva slags plager hadde du i tilfelle da din diabetes ble oppdaget? (kryss i minst ei rute)

Ingen plager	<input type="checkbox"/>	Kvalme	<input type="checkbox"/>
Unormal tørste	<input type="checkbox"/>	Synsplager	<input type="checkbox"/>
Stor vannlating	<input type="checkbox"/>	Smerter i beina	<input type="checkbox"/>
Slapphet, svimmelhet	<input type="checkbox"/>	Underlivskløe	<input type="checkbox"/>
Vekttap	<input type="checkbox"/>	Andre plager	<input type="checkbox"/>

BEHANDLING

INSULIN

Bruker du insulin (sprøyter, penn) mot din diabetes nå?..... Ja Nei

Hvis «Nei»: Gå til TABLETTER

Hvilket årstall begynte du med insulin? 19

Hvordan tar du insulin? (ett kryss på hver linje)

	Ja	Nei
Sprøyter jeg fyller selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engangs- (ferdigfylt) insulinpenn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanlig insulinpenn (penn med ampuller som skiftes når de er tomme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jet- (trykk-)injektor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange ganger tar du vanligvis insulin hver dag? ganger

Hvor mange enheter insulin tar du vanligvis tilsammen hver dag?..... enheter (IE)

TABLETTER

Bruker du tabletter mot din diabetes?..... Ja Nei

Hvis «NEI»: Gå til EGENKONTROLL

Skriv nedenfor hva diabetestablettene heter, antall mg som står på glasset/pakningen og hvor mange slike tabletter du tar daglig. (Skriv begge sorter hvis du bruker mer enn en type tabletter mot diabetes)

skriv navn på tablettene her mg pr. tablett antall tabl. pr. dag

skriv navn på tablettene her mg pr. tablett antall tabl. pr. dag

EGENKONTROLL

Måler du noen gang heime hvor mye sukker (glukose) du har i blodet (blodsukker)? (Svar «Ja» også om noen hjelper deg eller gjør det for deg) Ja Nei

Hvis «Nei»: Gå til LEGEKONTROLL

Omtrentlig hvor mange ganger måler du blodsukker i løpet av ei vanlig uke? ganger

Hva slags metode bruker du når du måler blodsukker? Strimmel som leses av mot farge på boksen..... Apparat som leser av prøven og gir resultatet som tall

Hvis du bruker apparat til avlesing av blodsukker; hva heter apparatet? (Skriv navnet på linja)

LEGEKONTROLL

Går du til regelmessig kontroll hos lege for din diabetes? Ja Nei

Hvis nei, går du til kontroll hos sykepleier eller annet helsepersonell? Ja Nei

Hvis du ikke går til kontroll hos lege: Gå til KOSTHOLD

Hva slags lege går du til kontroll hos for din diabetes? Vanlig lege (kommunelege, allmennpraktiserende lege, bedriftslege osv.)..... Ja Nei Sykehuslege (poliklinikk på sykehus)..... Bor i sykeheim eller annen institusjon og får diabeteskontroll hos lege der.....

Hvor mange forskjellige leger har du hatt de fem siste gangene du har vært til vanlig diabeteskontroll? leger

Hvor mange ganger i året går du til vanlig diabeteskontroll hos lege? ganger

KOSTHOLD

Her er noen utsagn om kost og mat. Svar ut fra det kostholdet du har til daglig (Ett kryss på hver linje)

	Helt sant	Nesten sant	Nesten usant	Helt usant
Jeg spiser akkurat det samme som de som ikke har diabetes ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg prøver stadig å gå ned i vekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er en plage ikke å kunne spise det jeg vil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De fleste dager prøver jeg bevisst å unngå (mettet) fett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg spiser mye grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVORDAN DU HAR DET

Synes du det er vanskelig å ha diabetes? (ett kryss)

Ja, jeg føler det som en plage hver dag	<input type="checkbox"/>
Ja, jeg tenker ofte på det	<input type="checkbox"/>
Ja, av og til	<input type="checkbox"/>
Nei, sjelden	<input type="checkbox"/>
Nei, jeg tenker nesten aldri på det	<input type="checkbox"/>

Har du noen gang hatt for lavt blodsukker? («føling», «insulinsjokk»)

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis «Ja», hvor mange ganger har du hatt det den siste uka?

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

Har du noen gang hatt så lavt blodsukker («sjokk») at du måtte ha hjelp av andre for å komme over det?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange ganger har du ligget på sykehus etter at du fikk diabetes?

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

Hvis du har ligget på sykehus etter at du fikk diabetes, hva har du ligget der for? (Skriv på linjene nedenfor)

ANNEN MEDISIN

Bruker du fast (regelmessig) medisin for noe annet enn din diabetes?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis «Ja»: Skriv hva disse medisinene heter. (Skriv det navnet som står på glasset eller pakningen. Ta med alle du bruker regelmessig.)

SYN

Har du problemer med synet som lege har sagt skyldes din diabetes?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UNDERVISNING - STØTTE

Er du medlem av Norges Diabetesforbund?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis «Ja», omtrent hvor mange år har du vært medlem?

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

Har du noen gang deltatt på kurs eller møte om diabetes?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Får du grunnstønnad gjennom trygdekontoret for diabetes?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Får du særfradrag i skattelikninga fordi du har diabetes?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

FOTPROBLEMER

Er du operert for trange blodårer til beina?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du fått amputert (skjært bort) en del av ett eller begge bein svarende til:

(Ett kryss på hver linje, skriv evt. årstall til høyre)

	Ja	Nei	Årstall
tær/forfot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
legg/kne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
lår?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Har du hatt sår på føttene som har brukt over 3 uker på å gro?

Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, omtrent hvor mange uker tok det før såret grodde? (Hvis flere ganger, skriv det som varte lengst).

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

Har du noen gang fått undersøkt føttene dine ved vanlig diabeteskontroll hos lege?

Ja	Nei	Husker ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Undersøkes føttene dine regelmessig av:

Lege	Ja	Nei
Fotterapeut/fotpleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykepleier/heimesykepleier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du får regelmessig undersøkelse av lege/fotterapeut/sykepleier; hvor lenge er det mellom hver gang?

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

*Vennligst legg skjemaet i samme konvolutt som det andre skjemaet du fikk ved Helseundersøkelsen og postlegg den snarest. Porto er betalt.
Tusen takk for hjelpa!*