

hunt-blodtrykk

Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag

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

Ved at du fyller ut dette skjemaet hjelper du oss i arbeidet med å forbedre behandlingen av høgt blodtrykk!
Les forøvrig brosjyren «hunt - spesial» som du fikk ved Helseundersøkelsen. *Lykke til!*

DIAGNOSEN

Når ble du første gang fortalt at du hadde høgt blodtrykk? Ar 19 _____

Når fikk du første gang utskrevet medisin for høgt blodtrykk? Ar 19 _____

Har du noen gang vært undersøkt på sykehus på grunn av blodtrykket? Ja Nei Vet ikke

Hvis «Ja»: Når var du på sykehuset siste gang? Ar 19 _____

LEGEKONTROLLER OG MÅLINGER

Når du er til legekonsultasjon: Hvem måler blodtrykket ditt vanligvis?

Legen
Legesekretær eller sykepleier

Tenk på de siste 12 månedene:

Hvor mange ganger har du vært til legen for blodtrykkskontroll? Sett 0 hvis du ikke har vært til kontroll _____ ganger

Hvor mange ganger har du vært til legesekretær eller sykepleier til blodtrykkskontroll (dvs. uten at du har vært inne hos legen)? _____ ganger

Synes du blodtrykkskontrollene har vært for ofte, passe ofte eller for sjelden? Bare ett kryss

For ofte
Passe ofte
For sjelden

Ved siste blodtrykkskontroll (se bort fra Helseundersøkelsen): Ble du fortalt hvilke blodtrykkverdier som ble målt? Ja Nei Husker ikke

Har du noen gang målt blodtrykket ditt sjøl heime (egenmåling)? Ja Nei

Har du apparat for egenmåling heime nå? Ja Nei

MEDISINER

Bruker du medisin for høgt blodtrykk nå? Ja Nei

Hvis «Nei»: Gå til ANDRE RÅD

Hva slags medisin(er) bruker du for blodtrykket nå? Skriv navnet på medisinen (se på eska/glasset), styrken på tablettene og antall tabletter per dag
Navnet på medisinen Styrken på Antall tabl
hver tablett per dag

_____ mg _____
_____ mg _____
_____ mg _____

Har du forandret på medisinbruken de siste 12 månedene? Ett kryss på hver linje

Jeg har Ja Nei
- begynt med en eller flere sorter.....
- sluttet med en eller flere sorter
- økt dosen av en eller flere sorter...
- redusert dosen av en eller flere sorter

Hvis «Ja» på ett eller flere av spørsmålene foran: Hvorfor forandret du på medisinene? Ett eller flere kryss

Blodtrykket var for høgt
Blodtrykket var for lavt
Jeg fikk ubehag/bivirkninger av medisinene
Jeg vet ikke, legen bestemte det
Andre grunner _____

Bruker du doseringseske for tablettene? Ja Nei

Har du noen gang merket ubehag/ bivirkninger av medisinene? Ja Nei Usikker

Hvis «Nei»: Gå til ANDRE RÅD

Har du merket ubehag/bivirkninger av medisinene den siste uka? Ja Nei Usikker

Hvis «Ja»: Hva slags ubehag/bivirkninger har du merket den siste uka? Skriv på linjene under

Bla om!

Hvor plagsomt har ubehaget/bivirkningene vært den siste uka ? *Bare ett kryss*

- Svært plagsomt
Ganske plagsomt
Litt plagsomt
Ikke plagsomt

Hvor viktig mener du blodtrykks-medisinene egentlig er for deg ? *Bare ett kryss*

- Ikke så viktig
Litt viktig
Viktig
Svært viktig

ANDRE RÅD

Har legen gitt deg andre råd i forbindelse med at du har for høgt blodtrykk ?

- Ja Nei Husker ikke

Hvis «Nei»: Gå til EVENTUELLE ULEMPER

Hvis «Ja»:

Hva sa legen at du skulle gjøre ?

Ett kryss på hver linje

- | | Ja | Nei |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gå ned i vekt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Røyke mindre eller helst slutte helt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mosjonere mer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Spise mindre sukker og fett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bruke mindre salt i maten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leve mer rolig (mindre «stressende») | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annet | | |

Hvor viktig synes du disse andre rådene som legen har gitt deg (dvs. bortsett fra medisinerne) egentlig er for deg ? *Bare ett kryss*

- Ikke så viktig
Litt viktig
Viktig
Svært viktig

EVENTUELLE ULEMPER

Hva mener du er den aller største ulempen forbundet med blodtrykket ditt ? *Bare ett kryss*

- At du:
- må gå til legekontroller
 - må ta medisiner
 - må redusere/slutte med røyken
 - må spise «riktig»/gå ned i vekt
- At du blir betraktet som «pasient» som det er noe som feiler
Det er ingen ulemper
- Annet

Mener du at blodtrykket ditt, slik det har vært de siste åra, har vært så høgt at det kunne føre til problemer med helse ? *Bare ett kryss*

- Ja, sikkert
Ja, kanskje
Nei
Vet ikke

Hvis «Ja»:

Hvor mye bekymrer dette deg ? *Bare ett kryss*

- Svært lite
Nokså lite
Nokså mye
Svært mye

HELSEUNDERSØKELSEN I 1984-86

Deltok du ved den forrige Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984-86 ?

- Ja Nei Husker ikke

Hvis «Ja»:

Ble du innkalt til ekstra undersøkelse hos lege etter denne helseundersøkelsen ?

- Ja Nei Husker ikke

HVIS DU IKKE BRUKER MEDISINER FOR BLODTRYKKET LENGER

Når slutta du med medisinerne ? År _____

Hvorfor slutta du med medisinerne ?

- Legen bestemte det
Jeg fikk plager av medisinerne
Jeg mente det ikke var nødvendig med medisiner
Jeg var redd medisinerne var skadelige ..
Annen årsak:

ANDRE FORSLAG

Har du andre forslag til hvordan blodtrykkbehandlingen kan forbedres ?

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 !