

Kjære HUNT-deltaker

Takk for at du møtte til Helseundersøkelsen. Vi vil også be deg om å fylle ut dette spørreskjemaet. Noen av spørsmålene likner de som du har svart på før, men det er viktig at du allikevel besvarer alt. Opplysningene blir brukt til forskning og forebyggende helsearbeid. Forskere vil kun ha tilgang til aidentifiserte data, det vil si at opplysningene ikke kan spores tilbake til en enkeltperson.

Slik fyller du ut skjemaet

- Skjemaet vil bli lest maskinelt.
- Det er derfor 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

Vennligst fyll ut skjemaet, og post det snarest mulig.
 Porto er betalt.

Kvinne 70 år eller eldre

En time for bedre folkehelse

BOLIGFORHOLD OG VENNER

1 Hvem bor du sammen med?
 (Sett ett eller flere kryss)

Ingen Andre personer over 18 år
 Foreldre Personer under 18 år.....
 Ektefelle/samboer..... Antall under 18 år ..

2 Er det kjæledyr i boligen?

Ja, katt.....
 Nei..... Ja, hund.....
 Ja, andre pelsdyr/fugl.....

3 Har du venner som kan gi deg hjelp
 når du trenger det?

Ja Nei

4 Har du venner som du kan snakke
 fortrolig med?

Ja Nei

DITT NÆRMILJØ, DVS. NABOLAGET/GRENDA

5 Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her
 (Sett ett kryss)

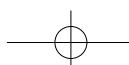
Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

6 Man kan ikke stole på hverandre her (Sett ett kryss)

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig

7 Folk trives godt her (Sett ett kryss)

Helt enig Delvis enig Usikker Delvis uenig Helt uenig



AKTIVITET

- 8 Hvordan har din fysiske aktivitet i fritida vært det siste året? (Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsvei regnes som fritid.)

	Timer pr. uke			
	Ingen	Under 1	1-2	3 el. mer
Lettt aktivitet (ikke svett/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 9 Hvor lang tid bruker du til sammen daglig foran dataskjerm? (Sett 0 hvis du ikke bruker data)

I arbeid timer I fritid timer

- 10 Hvor mange timer ser du på TV/video/DVD daglig?

Mindre enn 1 time 4-6 timer
1-3 timer Mer enn 6 timer

KULTUR/LIVSSYN

- 11 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i: (Sett ett kryss pr. linje)

	Mer enn 3g /mnd	1-3g /mnd	1-6g siste 6 mnd	Aldri
	Museum, kunstutstilling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsert, teater, kino.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirke, bedehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrettsarrangement.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 12 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder selv drevet med: (Sett ett kryss pr. linje)

	Mer enn 1g /uke	1g /uke	1-3g /mnd	1-5g siste 6 mnd	Ingen gang
	Foreningsvirksomhet ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikk, sang, teater.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menighetsarbeid.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friluftsliv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trening, idrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 13 Hvilket livssyn vil du si ligger nærmest opp til ditt eget? (Sett ett kryss)

Kristent livssyn Ateistisk livssyn
Humanetisk livssyn Annet livssyn

- 14 Når det skjer vonde ting i livet mitt, tenker jeg: "det er ei mening med det".

Ja..... Nei Vet ikke.....

- 15 Jeg søker hjelp hos Gud når jeg trenger styrke og trøst.

Aldri Av og til Ofte

PERSONLIGHET

- 16 Beskriv deg selv slik du vanligvis er:
- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Klarer du å få fart i et selskap?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du stort sett stille og tilbakeholden når du er sammen med andre?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liker du å treffe nye mennesker?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Liker du å ha masse liv og røre rundt deg?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du forholdsvis livlig?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tar du vanligvis selv initiativet for å få nye venner?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Er du ofte bekymret?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blir dine følelser lett såret?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hender det ofte at du "går trøtt"?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plages du av "nerver"?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har du ofte følt deg trøtt og likeglad uten grunn?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bekymrer du deg for at fryktelige ting kan skje?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

HODEPINE

- 17 Har du vært plaget av hodepine det siste året? Ja Nei

Hvis nei, gå til spørsmål 23.

Hvis ja: Migrene
Hva slags hodepine: Annen hodepine.....

- 18 Omtrent antall dager pr. måned med hodepine:

Mindre enn 1 dag 7-14 dager.....
1-6 dager Mer enn 14 dager.....

- 19 Hvor sterk er hodepina vanligvis?

Mild (hemmer ikke aktivitet)
Moderat (hemmer aktivitet)
Sterk (forhindrer aktivitet).....

- 20 Hvor lenge varer hodepina vanligvis?

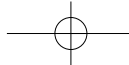
Mindre enn 4 timer 1-3 døgn.....
4 timer – 1 døgn..... Mer enn 3 døgn.....

- 21 Er hodepina vanligvis preget av eller ledsaget av: (Sett ett kryss pr. linje)

	Ja	Nei
Bankende/dunkende smerte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressende smerte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensidig smerte (høyre eller venstre)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forverring ved moderat fysisk aktivitet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme og/eller oppkast?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lys- og lydskjyhet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 22 Før eller under hodepina; kan du ha forbigående: (Sett ett kryss pr. linje)

	Ja	Nei
Synsforstyrrelse? (takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nummenhet i halve ansiktet eller i handa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



LUFTVEIER

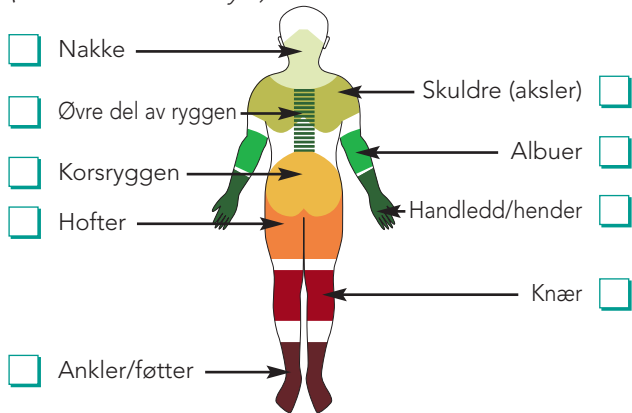
- 23 Hoster du daglig i perioder av året? Ja Nei
Hvis ja:
 Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt? Ja Nei
- Har du hatt hoste med oppspytt, i minst 3 måneder, sammenhengende i hvert av de to siste åra? Ja Nei
-
- 24 Har du, eller har du hatt, høysnue eller neseallergi? Ja Nei
Hvis ja:
 Har du hatt slike plager i løpet av de siste 12 måneder? Ja Nei
-
- 25 Har du i løpet av de siste 12 måneder blitt vekket av anfall med tung pust? Ja Nei

MUSKLER OG LEDD

- 26 Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd, som har vart i minst 3 måneder sammenhengende? Ja Nei
Hvis nei, gå til spørsmål 29.

Hvis ja:

Hvor har du hatt disse plagene?
 (Sett ett eller flere kryss)



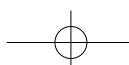
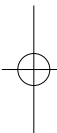
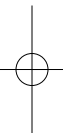
- 27 Har du vært plaget både i høyre og venstre kroppshalvdel? Ja Nei
-
- 28 Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter?
 I arbeid..... Ja Nei
 I fritid..... Ja Nei
-
- 29 Er du operert for ryggplager? Ja Nei
Hvis ja: Hvilken type operasjon?
 Prolaps/ischias-operasjon Annet.....
 Avstivning

STOFFSKIFTE

- 30 Har du noen gang fått påvist for lavt stoffskifte (hypothyreose)? Ja Nei
 Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang?
 Eksempel: år gammel
-
- 31 Har du noen gang fått påvist for høyt stoffskifte (hypertyreose)? Ja Nei
 Hvis ja, hvor gammel var du **første** gang?
 Eksempel: år gammel
- Hvis ja:**
 Har du brukt Neo-Mercazole? Ja Nei år gammel
 Har du fått radiojodbehandling? Ja Nei år gammel

MAGE OG TARM

- 32 Har du vært plaget med smerter eller ubehag fra magen de siste 12 måneder?
 Ja, mye... Ja, litt.. Nei, aldri..
Hvis nei, gå til spørsmål 33.
- Hvis ja:**
- Er disse lokalisert øverst i magen?..... Ja Nei
 Har du de siste 3 måneder hatt disse plagene så ofte som 1 dag i uka i minst 3 uker?..... Ja Nei
 Bli smertene eller ubehaget bedre etter at du har hatt avføring?..... Ja Nei
 Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med hyppigere eller sjeldnere avføring enn vanlig? Ja Nei
 Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med at avføringen blir løsere eller fastere enn vanlig?..... Ja Nei
 Kommer smertene eller ubehaget etter måltid? Ja Nei
-
- 33 I hvilken grad har du hatt følgende plager i de siste 12 måneder?
- | | Aldri | Litt | Mye |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Kvalme..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Halsbrann/sure oppstøt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diaré..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treg mage..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vekslende treg mage og diaré..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oppblåsthet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



HVORDAN FØLER DU DEG

Her kommer noen utsagn om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser den siste uken. Ikke tenk for lenge på svaret – de spontane svarene er best.

- 34** Jeg føler meg nervøs og urolig
- Nei..... En god del
Litt..... Svært mye
- 35** Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før
- Avgjort like mye Bare lite grann
Ikke fullt så mye Ikke i det hele tatt
- 36** Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje
- Ja, og noe svært ille Litt, bekymrer meg lite
Ja, ikke så veldig ille..... Ikke i det hele tatt
- 37** Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner
- Like mye nå som før Avgjort ikke som før....
Ikke like mye nå som før. Ikke i det hele tatt
- 38** Jeg har hodet fullt av bekymringer
- Veldig ofte Av og til.....
Ganske ofte En gang i blant
- 39** Jeg er i godt humør
- Aldri..... Ganske ofte.....
Noen ganger..... For det meste
- 40** Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet
- Ja, helt klart..... Ikke så ofte.....
Vanligvis Ikke i det hele tatt
- 41** Jeg føler meg som om alt går langsommere
- Nesten hele tiden Fra tid til annen
Svært ofte Ikke i det hele tatt
- 42** Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen
- Ikke i det hele tatt..... Ganske ofte.....
Fra tid til annen..... Svært ofte.....
- 43** Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut
- Ja, har sluttet å bry meg Kan hende ikke nok
Ikke som jeg burde..... Bryr meg som før
- 44** Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv
- Uten tvil svært mye Ikke så veldig mye
Ganske mye..... Ikke i det hele tatt

T

- 45** Jeg ser med glede fram til hendelser og ting
- Like mye som før Avgjort mindre enn før
Heller mindre enn før Nesten ikke i hele tatt.
- 46** Jeg kan plutselig få en følelse av panikk
- Uten tvil svært ofte Ikke så veldig ofte
Ganske ofte Ikke i det hele tatt
- 47** Jeg kan glede meg over gode bøker, radio/TV
- Ofte Ikke så ofte.....
Fra tid til annen..... Svært sjelden

SØVN

- 48** Hvor ofte har det hendt i løpet av de siste 3 måneder at du:
- | | Aldri/
sjelden | Av
og til | Flere
ggr/
uka |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Snorker høyt og sjenerende?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Får pustestopp når du sover?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har vanskelig for å sovne om kvelden?.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner gjentatte ganger om natta?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner for tidlig og får ikke sove igjen?... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kjenner deg søvnig om dagen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Har plagsom nattesvette?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Våkner med hodepine?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Får ubehag, kribling eller muring i bein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALKOHOL

Hvis du ikke drikker alkohol, gå til spørsmål 53.

- 49** Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt? Ja Nei
-
- 50** Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din? Ja Nei
-
- 51** Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din? Ja Nei
-
- 52** Har det å ta en drink noen gang vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppvikker? Ja Nei
-

KOSTHOLD

- 53 Hvor mange skiver brød spiser du vanligvis?
(Sett ett kryss for hver type brød)

	0-4 /uke	5-7 /uke	2-3 /dag	4-5 /dag	6 el flere /dag
Loff/fint brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneipp/mellomgrovt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovt brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 54 Hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene?
(Sett ett kryss pr. måltid)

	Sjelden /aldri	1-2 g /uke	3-4 g /uke	5-6 g /uke	Hver dag
Frokost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formiddagsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varm middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet måltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nattmat (kl 24-06)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 55 Hva slags fett bruker du oftest?
(Sett ett kryss pr. linje)

	Meieri- smør	Margarin		Oljer	Bruker ikke
		Hard	Myk /lett		
På brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I matlaging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TANNHELSE

- 56 Har du de siste 12 måneder vært hos
tannlege/tannhelsetjeneste? Ja Nei

- 57 Hvordan vurderer du tannhelsen di?

Meget dårlig	<input type="checkbox"/>	God	<input type="checkbox"/>
Dårlig	<input type="checkbox"/>	Meget god	<input type="checkbox"/>
Verken god eller dårlig...	<input type="checkbox"/>		

- 58 Hva betyr god tannhelse for helsa di ellers?

Svært mye	<input type="checkbox"/>	Lite	<input type="checkbox"/>
Mye	<input type="checkbox"/>	Svært lite	<input type="checkbox"/>
Både og	<input type="checkbox"/>		

BRUK AV RESEPTFRIE MEDISINER

- 59 Hvor ofte har du brukt reseptfrie medisiner mot
følgende plager i løpet av den siste måneden?
(Sett ett kryss pr. linje)

	Sjelden /aldri	1-3 g /uke	4-6 g /uke	Dag- lig
Halsbrann/sure oppstøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treg mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i muskler/ledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 60 Har du brukt noen av disse reseptfrie medisiner
minst en gang i uka i løpet av den siste måneden?

	Ja	Nei
Paracetamol, Paracet, Panodil, Pamol, Pinex, Perfalgan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Albyl E (500 mg), Aspirin, Globoid, Dispril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ibuprofen, Ibux, Ibuprox, Ibumetin, Brufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naproxen, Naprosyn, Ledox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVORDAN FØLER DU DEG NÅ

- 61 Føler du deg stort sett sterk og opplagt,
eller trøtt og sliten?

Meget sterk og opplagt	<input type="checkbox"/>
Sterk og opplagt	<input type="checkbox"/>
Ganske sterk og opplagt	<input type="checkbox"/>
Både – og	<input type="checkbox"/>
Ganske trøtt og sliten	<input type="checkbox"/>
Trøtt og sliten	<input type="checkbox"/>
Svært trøtt og sliten	<input type="checkbox"/>

SVANGERSKAP, BARN OG HORMONBEHANDLING

- 62 Hvor mange ganger har du i alt
vært gravid? ganger

- 63 Har du noen gang prøvd i
mer enn ett år å bli gravid? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor gammel var du første gang du
hadde problemer med å bli gravid? år

- 64 Merker/merket du hetetokter i forbindelse med
overgangsalder?

Om dagen	<input type="checkbox"/>	Begge deler	<input type="checkbox"/>
Om natten	<input type="checkbox"/>	Merket ikke	<input type="checkbox"/>

Hvis du merket hetetokter, hvordan vil du beskrive
plagene?

Store	<input type="checkbox"/>	Middels	<input type="checkbox"/>	Små	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	---------------	--------------------------	-----------	--------------------------

Oppsøkte du lege i forbindelse med
plagene? Ja Nei

- 65 Har du noen gang brukt medisiner
som inneholder østrogen? Nå Før Aldri

Tabletter eller plaster (på resept fra lege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krem eller stikkpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 66 Hvis du har brukt reseptpliktig
østrogen, hvor gammel var du da
du begynte? år gammel

67 Hvis du bruker eller har brukt reseptpliktig østrogen, hvor gammel er/var du siste gang du brukte dette? år gammel

68 Hvis du bruker eller har brukt østrogentabletter eller -plaster, hvorfor begynte du?

Lindre plager i overgangsalder

Forebygge beinskjørhet. Annet.....

69 Hvis du tidligere har brukt østrogentabletter eller -plaster, hvorfor sluttet du?

Er/var kvitt plagene..... Redd for bivirkninger ..

Fikk plagsomme bivirkninger Annet.....

OPERASJONER/STRÅLEBEHANDLING I UNDERLIVET

70 Har du noen gang blitt operert for nedsunken livmor eller skjedevegg? Ja Nei Vet ikke

Hvis ja:

Hvor gammel var du da? år gammel

71 Har du ved operasjon fått fjernet begge eggstokkene (totalt)? Ja Nei Vet ikke

Hvis ja:

Hvor gammel var du da? år gammel

72 Har du ved operasjon fått fjernet hele livmoren? Ja Nei Vet ikke

Hvis ja:

Hvor gammel var du da? år gammel

73 Har du noen gang hatt strålebehandling mot underlivet? Ja Nei Vet ikke

Hvis ja:

Hvor gammel var du da? år gammel

URINVEIER

74 Hvor ofte later du vanligvis vannet om dagen?

1-4 ganger 8-11 ganger.....

5-7 ganger Over 11 ganger

75 Hvor mange ganger må du opp om natta for å late vannet?

Ingen 1 gang 2 ganger 3 ganger 4 ganger 5 ganger eller mer

76 Hvis du må opp om natta for å late vannet, hvordan opplever du dette?

Ikke noe problem Mye plaget

Litt plaget Svært stort problem ...

77 Opplever du plutselig og/eller sterk vannlatingstrang som er vanskelig å holde tilbake?

Aldri..... Flere ganger i uken....

Månedlig..... Daglig.....

78 Har du ufrivillig urinlekkasje? Ja Nei
(Hvis nei, gå til spm. 79)

Hvis ja: Hvor ofte har du urinlekkasje?

Mindre enn 1 gang/mnd En el. flere ganger /uke

En eller flere ganger/mnd Hver dag og/eller natt

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang?

Dråper Større mengder

Små skvetter

Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter, tunge løft? Ja Nei

Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatingstrang? Ja Nei

Hvordan opplever du lekkasjeplagene dine?

Ikke noe problem Mye plaget

En liten plage Svært stort problem

En del plaget.....

Hvor gammel var du da du fikk urinlekkasje? år gammel

79 Har du søkt lege for urinlekkasje? Ja Nei

80 Har du noengang fått behandling for ufrivillig urinlekkasje?

Nei, jeg har aldri hatt urinlekkasje

Nei, jeg hadde urinlekkasje, men ble bra av meg selv..

Ja

Hvis ja: Hvilken behandling?

(Du kan sette flere kryss)

Operasjon Medisiner

Bekkenbunnstrening..... Annet.....

AVFØRING

81 Har du hatt ukontrollert lekkasje av luft fra tarmen i løpet av den siste måneden? Aldri/ Hver Hver sjelden uke dag

82 Har du hatt lekkasje av avføring fra tarmen i løpet av den siste måneden? Aldri/ Hver Hver sjelden uke dag

83 Hvis ja på spm 82 eller 83; har plagene med lekkasje fra endetarmen innvirkning på ditt hverdagsliv? Aldri/ Hver Hver sjelden uke dag

84 Har du evne til å holde igjen avføring og utsette toalettbesøk i 15 minutter etter første følelse av trang? Ja Nei

SMERTER I BEINA

- 85 Har du sår på tå, fot eller ankel som ikke vil gro? Ja Nei
- 86 Har du smerter i det ene eller i begge beina når du går? Ja Nei
- Hvis ja:**
- Hvor gjør det mest vondt? Fot.....
 Legg
 Lår
 Hofte.....
- Forsvinner smertene når du står stille en stund? Ja Nei
- 87 Har du smerter i beina når du er i ro? Ja Nei
- Hvis ja:**
- Er smertene verst når du ligger i senga? Ja Nei
- Får du mindre vondt når beinet ligger lavt, f.eks. om beinet henger utfor sengekanten? Ja Nei
- Har du hatt smertene i beina sammenhengende i mer enn 14 dager? Ja Nei
- 88 Har du brukt smertestillende medisin pga. smerter i beina? Ja Nei

LEGEMLIGE FUNKSJONER

- 89 Klarer du selv, uten hjelp av andre, i det daglige å:
- Gå innendørs i samme etasje? Ja Nei
- Gå på toalettet?
- Vaske deg på kroppen?
- Bade eller dusje?
- Kle på og av deg?
- Legge deg og stå opp?
- Spise selv?

DAGLIGE OPPGAVER

- 90 Har du førerkort? Ja Nei
- Hvis ja:**
- Kjører du fortsatt bil?
- 91 Klarer du selv, uten hjelp fra andre, disse gjøremålene i det daglige:
- Lage varm mat? Ja Nei
- Gjøre lett husarbeid (f.eks oppvask)?
- Gjøre tyngre husarbeid (f.eks gulvask)?
- Vaske klær?
- Gjøre innkjøp?
- Betale regninger?
- Ta medisiner?
- Komme deg ut?
- Ta bussen?

HUKOMMELSE

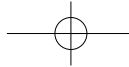
- 92 Har du problemer med hukommelsen?
 Nei Ja, noe Ja, store.....
- 93 Har hukommelsen endret seg siden du var yngre?
 Nei Ja, noe Ja, mye
- 94 Har du problemer med å huske:
- | | Aldri | Av og til | Ofte |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hendelser for få minutter siden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Navn på andre mennesker?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Datoer?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Å gjøre det du har planlagt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hendelser som skjedde for noen dager siden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hendelser som skjedde for år siden?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Å holde tråden i samtaler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FALL

- 95 Har du falt og slått deg det siste året? Ja Nei
- Hvis ja:**
- Hvor skjedde det?
 Innendørs..... Utendørs.....
- Har du vært til lege for fallskade det siste året? Ja Nei
- Har du vært innlagt på sykehus for fallskade det siste året? Ja Nei
- Har du falt/ramlet i løpet av de siste tre måneder? Ja Nei
- 96 Har du problemer med balansen? Ja Nei

BRUK AV HELSETJENESTER

- 97 Har du hatt hjemmehjelp i løpet av de siste 12 måneder? Ja Nei
- Hvis ja:**
- Har du nok hjemmehjelp?
- 98 Har du hatt hjemmesykepleie i løpet av de siste 12 måneder? Ja Nei
- Hvis ja:**
- Har du nok hjemmesykepleie?
- 99 Har du vært innlagt på sykeheim i løpet av de siste 12 måneder? Ja Nei



SYN

T

100 Har du noen av disse øyesykdommene?

Ja Nei

Katarakt (grå stær)..... Glaukom (grønn stær, høyt trykk i øyet)..... Aldersrelatert makuladegenerasjon.....
(forkalkning på netthinna)**NB!**

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

**Takk for hjelpa!**