

Kjære HUNT-deltaker

Takk for at du deltok i den første delen av Helseundersøkelsen.

Vi håper at du også vil svare på dette spørreskjemaet som du har fått fordi du har svart ja på spørsmål om du har, eller har hatt høyt blodtrykk, hjertesykdom, nyresykdom eller hjerneslag.

Dato for utfylling:

/ 20
Dag Måned År

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.

Skjemaet returneres i den vedlagte konvolutten, som er ferdig frankert.

RÅD OM LIVSSTIL

- 1 Har lege gitt deg noen av følgende råd for din sykdom? (Sett ett kryss for hvert av spørsmålene)

	Ja	Nei	Husker ikke
Gå ned i vekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyke mindre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slutte helt å røyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mosjonere mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spise mindre sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spise mindre fett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruke mindre salt i maten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leve mindre hektisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(mindre stressende)			

Hvis ja:

Hvor viktig synes du disse rådene egentlig er for deg?

Ikke viktig	<input type="checkbox"/>	Viktig	<input type="checkbox"/>
Litt viktig	<input type="checkbox"/>	Svært viktig	<input type="checkbox"/>

I hvilken grad greier du følge slike råd?

I liten grad	<input type="checkbox"/>	I stor grad	<input type="checkbox"/>
I noen grad	<input type="checkbox"/>	I svært stor grad	<input type="checkbox"/>

HØYT BLODTRYKK

- 2 Hvor mange ganger har du vært til blodtrykkskontroll hos lege/sykepleier de siste 12 måneder? ganger

Hvem måler blodtrykket ditt ved kontrollene?
(Sett ett eller flere kryss)

Lege

Sykepleier/legesekretær..

- 3 Har du hatt døgnregistrering av ditt blodtrykk med automatisk måler? Ja Nei

- 4 Har du målt blodtrykket ditt selv hjemme (egenmåling)? Ja Nei

- 5 Har du noen gang blitt undersøkt på sykehus pga. høyt blodtrykk? Ja Nei



90800000010

- 6 Har du brukt, eller bruker du blodtrykksmedisin? Ja Nei

Hvis ja:

Omtrent hvor gammel var du første gang du begynte med slik medisin? år gammel

- 7 Hvis du bruker medisin mot høyt blodtrykk nå: Har du merket ubehag/bivirkninger av blodtrykksmedisinene? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor plagsomt har ubehaget/bivirkningene vært den siste uka?

Svært plagsomt

Litt plagsomt

Ganske plagsomt

Ubetydelig plagsomt ..

- 8 Hvor viktig mener du blodtrykksmedisinene egentlig er for deg?

Ikke viktig	<input type="checkbox"/>	Viktig	<input type="checkbox"/>
Litt viktig	<input type="checkbox"/>	Svært viktig	<input type="checkbox"/>

- 9 Hvis du ikke lenger bruker medisin mot høyt blodtrykk, hvorfor sluttet du? (Sett ett eller flere kryss)

Legen bestemte det

Jeg fikk plager av medisinene

Jeg mente det ikke var nødvendig med medisiner

Jeg var redd for at medisinene var skadelige

NYRESYKDOMMER

- 10 Har du noen gang fått påvist protein (eggehvite) i urinen over lengre tid (minst ett år)? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor gammel var du da dette ble påvist første gang? år gammel

- 11 Har du noen gang fått påvist blod i urinen over lengre tid (minst ett år)? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor gammel var du da dette ble påvist første gang? år gammel

12 Omtrent hvor mange ganger har du hatt urinveisinfeksjon (blærekatarr/nyrebekkenbetennelse) i løpet av de siste to årene? ganger

13 Har lege sagt at du har nyresvikt (svekkede nyrer, dårlig nyrefunksjon)? Ja Nei

HJERTESYKDOMMER

14 Har du hatt hjerteinfarkt? Ja Nei
Hvis ja:
Hvor mange ganger har du hatt dette? ganger

15 Har du, eller har du hatt angina pectoris (hjertekrampe)? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor mange ganger pr. uke har du merket slike smerter i løpet av den siste måneden?

Ved anstrengelse ganger/uka

Når du er i ro om dagen ganger/uka

Om natta..... ganger/uka

16 Har du noen gang fått annen behandling for angina pectoris enn tabletter? Ja Nei

Hvis ja:

Har du blitt hjerteoperert (bypass)? Ja Nei

Har du blitt blokket/fått innsatt stent? Ja Nei

17 Har lege sagt at du har hjerteflimmer (atrieflimmer)? Ja Nei

18 Har lege sagt at du har hjertesvikt (svakt hjerte, vann på lungene, hovne ben)? Ja Nei

19 Hvis du har hjertesykdom, hvordan virker dette på ditt funksjonsnivå? (Sett ett kryss)

Ingen begrensninger. Vanlig fysisk aktivitet gir ingen uvanlig tretthet, tungpust eller brystmerter

Lett begrensning av fysisk aktivitet, men ubesværet i hvile. Vanlig fysisk aktivitet gir tretthet, tungpust eller brystmerter.....

Betydelige begrensninger i fysisk aktivitet, men ubesværet i hvile. Selv små fysiske anstrengelser gir tretthet, tungpust eller brystmerter..

Umulig å utføre noen som helst fysisk anstrengelse. Periodevis også tungpust eller brystmerter i hvile

HJERNESLAG

20 Har du noen gang hatt hjerneslag (blodpropp eller blødning i hjernen)? Ja Nei

Hvis ja:

Hvor mange ganger har du hatt hjerneslag ?

1 gang..... 3-4 ganger.....

2 ganger..... 5 ganger eller mer.....

Var du innlagt på sykehus i forbindelse med ditt siste hjerneslag? Ja Nei

Har du kommet deg helt etter ditt siste hjerneslag? Ja Nei

21 Hvis du har hatt hjerneslag, hvordan påvirker det i dag ditt funksjonsnivå og din evne til å utføre vanlige daglige gjøremål? Med vanlige daglige gjøremål menes f. eks. spising, påkledning, toalettbesøk. (Sett et kryss ved det funksjonsnivå som passer best)

Ingen symptomer og ingen funksjonssvikt. Samme tilstand som før hjerneslaget.

Ingen nevneverdig funksjonssvikt. Har noen symptomer, men klarer å utføre alle oppgaver og aktiviteter som før hjerneslaget.

Lett funksjonssvikt. Klarer ikke å utføre alle aktiviteter som før hjerneslaget, men klarer de vanlige daglige gjøremål uten hjelp

Moderat funksjonssvikt. Trenger litt hjelp i daglige gjøremål, men klarer å gå uten hjelp av en annen person.

Alvorlig funksjonssvikt. Klarer ikke å gå uten hjelp av en annen person. Klarer ikke vanlige daglige gjøremål uten hjelp fra andre

Svært alvorlig funksjonssvikt. Trenger konstant tilsyn og hjelp fra andre

NB!

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

Takk for hjelpa!

