

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, psoriasis.

Vi håper at du også vil svare på dette skjemaet.

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.

1 Har du fått diagnosen psoriasis av hudlege? Ja Nei

2 Har du psoriasisutslett nå? Ja Nei

3 Har du vært innlagt i hudavdeling til behandling for din psoriasis? Ja Nei

4 Har du noen gang hatt psoriasis på følgende kroppsdeler? (Sett ett eller flere kryss)

	Ja	Nei
Kroppen (ikke hode, ben eller armer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodebunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handflater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotsåler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lysker/armhuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjønnsorganene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudfolder (unntatt lyske/armhuler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 Her er listet opp noen faktorer som kan tenkes å utløse eller forverre psoriasis. Kryss av for hva som passer for ditt første utbrudd, ditt siste utbrudd (oppbluss) og hva som forverrer psoriasis generelt. (Sett ett eller flere kryss)

	Første utbrudd	Siste utbrudd	Generell forverring
Halsinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen infeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress/psykisk påkjenning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solforbrenning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobakksrøyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svangerskap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisinbruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke noe spesielt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Har du negleforandringer pga psoriasis?
 Nei
 Ja, kun som små punkter i neglene
 Ja, med fortykkelse eller løsning av neglene

7 Har du psoriasisleddgikt? Ja Nei Vet ikke

8 Hvilken beskrivelse passer/passet best til din psoriasis ved første utbrudd, siste 12 måneder og siste 14 dager?
 (Kun ett kryss i kolonne A, B og C)

	A Første utbrudd	B Siste 12 mnd	C Siste 14 dager
A. Akutte (plutselige) utbrudd av bitte små flekker over hele kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B. Flekker på albuer/knær/ hodebunn som kommer av og til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Flekker på albuer/knær/ hodebunn som er nærmest konstant til stede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D. Som C, men også enkelte flekker på overkroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E. Utslett på større områder på kropp/armer/ben/ansikt som kommer av og til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F. Utslett på større områder på kropp/armer/ben/ansikt som er konstant til stede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Hvor mange behandlingsperioder har du brukt følgende behandling de siste 12 måneder? (Med behandlingsperiode menes 4-6 ukers regelmessig bruk)

	0	1	2-3	4 eller flere	Alltid/nesten alltid
Fuktighetskrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortisonkrem/salve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kremer/salver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lysbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sydenreiser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



91100000014

10 Har noen gang brukt tabletter eller sprøyter for psoriasis? Ja Nei

Hvis ja:

Kryss av for de medisiner du har brukt. Angi også om du har brukt disse siste 12 måneder og eventuelt siste 14 dager

	Noen gang	Siste 12 mnd	Siste 14 dager
Methotrexat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neotigason	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sandimmun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUVA-behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remicade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 De neste spørsmålene handler om i hvilken grad hudproblemene dine har påvirket din livssituasjon **I LØPET AV DEN SISTE UKEN**.
(Sett ett kryss for hvert spørsmål)

I hvilken grad har du hatt kløe, sårhet, smerte eller sviing i huden den siste uken?

Veldig mye Lite
Mye Ikke i det hele tatt

I hvilken grad har du følt deg brydd eller forlegen på grunn av huden din den siste uken?

Veldig mye Lite
Mye Ikke i det hele tatt

I hvilken grad har huden din hindret deg i å gå i butikker eller gjøre hus- eller hagearbeid den siste uken?

Veldig mye Lite
Mye Ikke i det hele tatt
IKKE AKTUELT

I hvilken grad har huden din påvirket klesvalget ditt den siste uken?

Veldig mye Lite
Mye Ikke i det hele tatt
IKKE AKTUELT

I hvilken grad har huden din hatt innvirkning på ditt sosiale liv eller dine fritidsaktiviteter den siste uken?

Veldig mye Lite
Mye Ikke i det hele tatt
IKKE AKTUELT

I hvilken grad har huden din gjort det vanskelig for deg å utføre sportslige aktiviteter den siste uken?

Veldig mye Lite
Mye Ikke i det hele tatt
IKKE AKTUELT

Har huden din forhindret deg i å arbeide eller studere den siste uken?

Ja Nei
IKKE AKTUELT

Hvis nei:

Hvor mye problemer har du hatt pga huden når du har arbeidet eller studert den siste uken?

Mye Ikke i det hele tatt
Lite

I hvilken grad har huden din skapt problemer i forhold til partneren din eller noen av dine nærmeste venner eller slektinger den siste uken?

Veldig mye Lite
Mye Ikke i det hele tatt
IKKE AKTUELT

I hvilken grad har huden din ført til seksuelle problemer for deg den siste uken?

Veldig mye Lite
Mye Ikke i det hele tatt
IKKE AKTUELT

I hvilken grad har behandlingen av huden din vært et problem for deg den siste uken?

(for eksempel ved å tilgrise hjemmet ditt, eller ved at det har tatt mye av din tid)

Veldig mye Lite
Mye Ikke i det hele tatt
IKKE AKTUELT



NB!

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

Takk for hjelpa!