



Lungesykdommer

Spørsmålene besvares før måling av lungefunksjon og skjemaet leveres på feltstasjonen.
Hvis du har spørsmål, vennligst ta det opp med personalet.

Er du forkjølt eller har annen luftveisinfeksjon i dag? Nei Ja

ALLERGI

1 Har du i løpet av de siste 12 måneder hatt allergi med symptomer fra øyne, nese eller luftveier? Nei Ja

HVIS JA:

Hva reagerer du på:
(Flere kryss mulig)

Pelsdyr eller husstøv?

Pollen (tre eller blomsterstøv)?.....

Annet.....

Hvor merker du symptomer på allergien?
(Flere kryss mulig)

Øyne

Nese

Lunge

PIPENDE ELLER TUNG PUST

2 Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene hatt pipelyder i brystet? Nei Ja

HVIS JA:

Har du vært tungpust i forbindelse med at du hadde piping i brystet? (Med tungpust menes ikke vanlig andpusten som ved trening).... Nei Ja

Har du hatt slik piping når du ikke har vært forkjølt?.....

3 Har du noen gang de siste 12 måneder hatt anfall med tung pust? (Menes ikke andpusten) Nei Ja

HVIS JA:

(Flere kryss mulig)

Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene hatt tung pust under anstrengelse? Nei Ja

Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene hatt anfall med tung pust etter en anstrengelse?..... Nei Ja

Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene våknet med anfall av tung pust?..... Nei Ja



4 Har du noen gang hatt astma?

Nei Ja

HVIS JA:

Omtrent hvor gammel var du da du første gang merket symptomer på astma?

0-6 år

7-15 år

16-30 år

31-45 år

46 år eller mer

Nei Ja

Har du fått diagnosen astma av lege?

Har du noen gang fått diagnosen kronisk emfysem eller kols av lege?

Har du merket symptomer på astma eller kols siste år?

HVIS NEI:

Omtrent hvor gammel var du siste gang du merket symptomer på astma eller kols? år gammel

Svar på resten av spørsmålene om du har astma, kols eller er plaget av pustebesvær/tungpust

PUSTEBESVÆR OG TUNG PUST

5 Hvor mange av de 7 siste dager har du merket tung, pipende pust eller hoste?

antall dager

HVIS 1 ELLER FLERE DAGER:

Hvor mange av de siste 7 dager har slike plager hemmet dine normale aktiviteter? (for eksempel sport, skole, arbeid, husarbeid osv.) antall dager

Hvor mange av de siste 7 netter har du blitt påvirket/vekket av slike plager (inkludert hoste)? antall dager

7 Hvor mye, og i hvilke situasjoner blir du plaget av pustebesvær?

(Velg ett alternativ)

Jeg blir bare tungpustet når jeg virkelig anstrenger meg, ikke når jeg tar en rask spasertur eller går i motbakke (Lite plaget)

Jeg blir tungpustet når jeg tar en rask spasertur eller går i motbakke.....

Jeg blir tungpustet når jeg går på flat mark i forhold til andre på min alder (Plaget)

Jeg blir så tungpustet når jeg går på flat mark at jeg må stoppe opp selv om jeg bestemmer farten

Jeg blir tungpustet når jeg vasker meg eller kler på meg (Mye plaget)

6 For hver påstand nedenfor skal du sette ett kryss i den boksen som best beskriver din tilstand for øyeblikket

	0	1	2	3	4	5	
Jeg hoster aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg hoster hele tiden
Jeg har ikke slim i brystet i det hele tatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg har brystet fullt av slim
Brystet føles ikke tett i det hele tatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brystet føles svært tett
Jeg er ikke andpusten når jeg går opp en bakke eller en trapp mellom to etasjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg er svært andpusten når jeg går opp en bakke eller en trapp mellom to etasjer
Jeg blir ikke begrenset ved noen aktiviteter som jeg gjør hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg blir svært begrenset når jeg utfører aktiviteter hjemme
Jeg føler meg trygg når jeg går ut, til tross for lungesykdommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg føler meg overhode ikke trygg når jeg går ut pga lungesykdommen
Jeg sover godt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg sover ikke godt på grunn av min lungesykdom
Jeg har mye energi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg har ingen energi i det hele tatt

*KOLS-vurderingstest (CAT) er et varemerke for GlaxoSmithKline-gruppen © 2009 GalxoSmithKline-gruppen. Med enerett.

MEDISINBRUK

8 Har du noen gang brukt medisiner for astma eller kols?

Nei Ja

HVIS JA:

Har du de siste 12 måneder brukt medisiner for astma eller kols?

Nei Ja

Har du tatt slik medisin i dag?

Nei Ja

Husker du navnet på de medisinene du bruker for astma eller kols?

HVIS JA:

Hvor ofte har du brukt noen av disse medisinene?

Alle er medisiner som du puster inn. Det har kommet mange nye medisiner de siste år, så du kjenner kanskje ikke navnet på alle disse. I hver gruppe er de vanligste oppført først.

	Aldri	1-2 ganger i uken	3-6 ganger i uken	Hver dag
Bricanyl, Ventolin, Airomir, Buventol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Serevent, Oxis, Onbrez, Striverdi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atrovent, Spiriva, Eklira, Seebri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anoro, Ultibro, Spiolto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symbicort, Seretide, Airflusal, Duoresp, Inxair, Relvar, Flutiform.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forverrelser og kontakt med helsetjenesten

(Med forverrelser mener vi at du har hatt behov for mer medisiner enn vanlig for din lungesykdom.)

Svar på dette om du har astma eller kols:

9 Har du de siste 12 måneder hatt forverrelser av astma eller kols?

Nei Ja

HVIS JA:

Hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus pga. forverrelse av astma eller kols de siste 12 måneder?

ganger

Hvor mange ganger har du vært hos lege, UTEN å ha blitt innlagt på sykehus, på grunn av forverrelse av astma eller kols de siste 12 måneder?

ganger

Har du de siste 12 måneder tatt kurer med antibiotika eller kortison (Prednisolon) ved forverrelser av astma eller kols?

Nei Ja

HVIS JA:

På de tre neste spørsmålene ønsker vi at du regner med kurer du har startet selv, fått av lege eller på sykehus.

Hvor mange kurer med antibiotika (bakteriedrepende medisin) har du totalt tatt siste 12 måneder ved forverrelser av astma eller kols?

antall kurer

Hvor mange kurer med kortison (Prednisolon) har du totalt tatt siste 12 måneder ved forverrelser av astma eller kols?

antall kurer

Hvor mange ganger har du tatt kur med antibiotika eller kortison UTEN at du har oppsøkt lege siste 12 måneder?

ganger

10 Har du noen gang brukt kortison-tabletter hver dag i mer enn 3 måneder?

Nei Ja

HVIS JA:

Har du brukt kortison-tabletter daglig de siste 3 måneder?

Nei Ja

Hvorfor har du brukt kortison-tabletter regelmessig?
(Sett ett eller flere kryss)

Astma/kols

Leddsykdom

Tarmsykdom

Hudsykdom

Annet

Hvor lenge har du til sammen brukt kortison-tabletter (prednison, prednisolon, celeston)?

Mindre enn 6 måneder

6-12 måneder

1-5 år

5-10 år

10 år eller mer

