



Takk for at du møtte til HUNT4. Du har fått dette skjemaet fordi du har svart ja på ett eller flere spørsmål om diabetes.

- **VENNLIGST FYLL UT SKJEMAET**
- **LEGG DET I SVARKONVOLUTTEN**
- **POST DET SNAREST MULIG**
- **PORTO ER BETALT**

Vennlig hilsen
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag
Telefon 74 07 51 80 / e-post hunt@medisin.ntnu.no

LES DETTE FØR DU STARTER

Skjemaet skal leses maskinelt.
Følg derfor disse instruksjonene:

- Bruk svart/blå kulepenn eller en god blyant.
- Kryss av slik:
- Krysser du feil, fyller du hele feltet med farge, slik: Sett så kryss i rett felt.
- Sett bare ett kryss for hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.
- Bruk hele tall når du fyller inn antall år eller antall ganger, slik:

DIAGNOSE

1 Hvilket årstall ble din diabetes oppdaget?

(Regn ikke med svangerskapsdiabetes) årstall

2 Hadde du symptomer på høyt blodsukker da din diabetes ble oppdaget?

(For eksempel tørste, hyppig vannlating, vektnedgang eller slapphet)

Nei Ja Vet ikke

Hvis du er kvinne:

3 Fikk du første gang påvist diabetes mens du var gravid (svangerskapsdiabetes)?

Nei Ja

HVIS JA:

Hvilket årstall fikk du første gang påvist slik diabetes? årstall

BEHANDLING

4 Bruker du tabletter mot din diabetes?

Nei Ja

5 Bruker du injeksjonsbehandling som ikke er insulin?

(For eksempel Byetta, Bydureon, Victoza, Trulicity eller Lyxumia)

Nei Ja

Nei Ja

6 Bruker du insulin nå?

HVIS JA:

Hvor lang tid gikk det fra din diabetes ble oppdaget til du startet med insulin?

Mindre enn 3 måneder
3-6 måneder
6-12 måneder
1-3 år
Mer enn 3 år

Hvordan tar du vanligvis insulin? (Sett ett kryss per linje)

Insulinpumpe
Insulinpenn eller -sprøyte

Når setter du insulin? (Sett ett kryss per linje)

Langsomtvirkende, morgen og/eller kveld....
Hurtigvirkende før måltid

LEGEKONTROLL

7 Hvor mange ganger i året går du til diabeteskontroll hos lege eller diabetessykepleier?

Aldri 1-2 ganger i året 3-4 ganger i året Minst 5 ganger i året



EGENMÅLING AV BLODSUKKER

- 8 Måler du noen gang blodsukkeret selv, eller med hjelp fra andre? Nei Ja

HVIS JA:

Hvor ofte måler du vanligvis blodsukkeret?

Minst 4 ganger daglig	1-3 ganger daglig	1-6 ganger per uke	Sjeldnere enn 1 gang per uke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LAVT BLODSUKKER ("FØLING")

- 9 Har du noen gang merket at blodsukkeret har vært for lavt, for eksempel med skjelving, svetting eller hjertebank? Nei Ja

HVIS JA:

I løpet av de siste 6 månedene, hvor ofte har du merket dette?

Minst 1 gang per uke	1-3 ganger per måned	Sjeldnere enn 1 gang per måned
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 10 Har du noen gang hatt føling som var så kraftig at du var bevisstløs eller måtte ha hjelp av andre for å komme deg? Nei Ja

HVIS JA:

Hvor mange ganger har du hatt så kraftig føling siden du fikk diabetes? antall ganger

Hvor mange ganger har du hatt så kraftig føling de siste 12 måneder? antall ganger

- 11 Kjenner du det selv når blodsukkeret er i ferd med å bli for lavt?

(Kryss av for tallet som best beskriver din situasjon)

Kjenner det alltid	1	2	3	4	5	6	7	Kjenner det aldri
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SYN

- 12 Går du til undersøkelse hos øyelege minst annethvert år på grunn av din diabetes? Nei Ja

- 13 Har øyelege funnet diabetesforandringer på netthinna/øyebunnen? Nei Ja Vet ikke

HVIS JA:

Har du fått laserbehandling eller sprøytebehandling i øynene pga. slike forandringer? Nei Ja Vet ikke

SVIMMELHET, USTØHET OG FOTPROBLEMER

- 14 I løpet av det siste året, har du opplevd at du har vært svimmel eller nesten har besvimt etter at du har reist deg fra sittende eller liggende stilling? Nei Ja

HVIS JA:

Hvor ofte merker du dette?

Sjelden	Noen ganger	Ofte	Nesten alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 15 Merker du oftere enn en gang per uke:

Ustøhet når du går?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt følelse på føttene eller leggene?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennende, verkende smerte eller ømhet i føttene eller leggene når du er i ro?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikking eller stikking i føttene eller leggene når du er i ro?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 16 Undersøkes føttene dine minst én gang i året av helsepersonell? Nei Ja

Undersøker du selv føttene dine regelmessig?.....

- 17 Har du hatt sår på tå, fot eller ankel som ikke har grodd i løpet av 3 uker? Nei Ja

HVIS JA:

Omtrent hvor mange uker tok det før såret grodde? antall uker
(Hvis flere ganger, skriv det som varte lengst)

Har du sår på tå, fot eller ankel nå som har vart i minst 3 uker?..... Nei Ja

UTFORDRINGER MED DIABETES

- 18 I hvilken grad er følgende forhold et problem for deg? (Kryss av for tallet som best beskriver din situasjon, ett kryss per linje)

	Ikke et problem	Mindre problem	Middels problem	Nokså alvorlig problem	Alvorlig problem
Føler meg engstelig når jeg tenker på at jeg må leve med diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler meg deprimert når jeg tenker på at jeg må leve med diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymrer meg for fremtiden og sjansen for alvorlige komplikasjoner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler at diabetes tar for mye av min fysiske og psykiske energi i det daglige...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunne takle komplikasjoner ved diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>