



Takk for at du møtte til HUNT4. Vi håper du vil svare på noen flere spørsmål om din hørsel.

- **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:

OM DIN HØRSEL

1 Tror du at du har nedsatt hørsel?

Nei Ja

HVIS JA:

Skyldes det helt eller delvis ditt arbeid?

Nei Ja

Bruker du høreapparat?

HVIS JA:

Hvor mye hjelp har du av høreapparatet?

Det fjerner alle problemer Stor hjelp Noe hjelp Ingen hjelp

Har du vært innlagt på sykehus for en hodeskade?

Nei Ja Vet ikke

Plages du av svimmelhet?

Er du ekstra følsom for lyd?

Har du hatt gjentatte ørebetennelser?

HVIS JA:

Hadde du dette før skolealder? ...

Nei Ja Vet ikke

2 Ta stilling til disse utsagnene om din hørsel:

Jeg har problemer med å oppfatte hva som blir sagt:

- når noen visker til meg

Nei Ja, av og til Ja, ofte

- når folk snakker høyt

- når folk roper til meg

- i stille omgivelser

- i omgivelser med mye støy

3 Ta stilling til disse utsagnene om din hørsel:

	Nei	Ja, av og til	Ja, ofte
Jeg misliker å delta i diskusjoner i grupper fordi jeg ikke hører det som blir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får ikke gjort jobben min skikkelig fordi jeg ikke hører godt nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg misforstår det som blir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes folk mumler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRITID

4 Har du mye oftere enn folk flest vært utsatt for impulsstøy (eksplosjoner, skyting e.l.)?

Nei Ja Vet ikke

Har du noen gang gått på jakt?

HVIS JA:

Har du vanligvis brukt hørselsvern?

Nei Ja Vet ikke

5 Har du drevet med konkurranse- eller hobby skyting?

Nei Ja Vet ikke

HVIS JA:

Har du vanligvis brukt hørselsvern?

Nei Ja Vet ikke

6 Har du opplevd forbigående nedsatt hørsel etter smell fra kinaputter, fyrverkeri eller lignende?

Nei Ja Vet ikke



7 Har du, i perioder av de siste 20 årene, gjort noe av følgende?

	Nei/ sjelden	Månedlig	Ukentlig	Daglig
Spilt i korps, orkester eller band.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært på diskotek, rockekonsert eller andre steder med høy musikk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Har du, i perioder av de siste 20 årene, brukt hodetelefoner eller øreplugger?

F.eks. når du lytter på musikk, ser på tv/film eller spiller dataspill

Nei	Ja	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVIS JA:

Hvor mange timer i uka har du brukt hodetelefoner eller øreplugger?

Mindre enn 1 time	1-2 timer	2-6 timer	Over 6 timer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor høyt lydvolument bruker du som oftest?

Lavt	Middels	Høyt	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBEID

9 I hvor stor grad påvirker støy din jobbtrivsel?

Ingen/liten grad	Middels grad	Sterk grad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Har du daglig eller nesten daglig opplevd støy i ditt arbeid?

Nei	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVIS JA:

Har du opplevd støy fra noe av dette i ditt arbeid?

Spikerpistol, hamring i tre.....	<input type="checkbox"/>	Pressluft- eller bensindrevet bormaskin.....	<input type="checkbox"/>
Hamring, klinking i metall.....	<input type="checkbox"/>	Sprengning.....	<input type="checkbox"/>
Sirkelsag, maskinhøvel.....	<input type="checkbox"/>	Skyting.....	<input type="checkbox"/>
Motorsag (kjedesag)	<input type="checkbox"/>	Annen industristøy.....	<input type="checkbox"/>
Traktor, anleggsmaskin.....	<input type="checkbox"/>	Høy musikk.....	<input type="checkbox"/>
Maskinrom.....	<input type="checkbox"/>	Skrikende barn/voksne.....	<input type="checkbox"/>
Melkemaskiner.....	<input type="checkbox"/>	Vaske/kjøkkenmaskiner.....	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja	Vet ikke
Har du i <u>minst 3 måneder</u> jevnlig brukt kraftig vibrerende håndholdt verktøy i ditt arbeid?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du i <u>minst fem år</u> vært jevnlig utsatt for damp fra løsemidler i ditt arbeid?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Med sterk støy mener vi her støy som gjør at det er vanskelig å føre en samtale.

11 Har du vært utsatt for jevnlig sterk støy i ditt nåværende eller tidligere arbeid?

Nei	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVIS JA:

Omtrent hvor mange timer i løpet av en arbeidsuke har du vært utsatt for sterk støy?

Mindre enn 5 timer i uka	5-15 timer i uka	Mer enn 15 timer i uka
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor sterk støy har du vanligvis vært utsatt for i ditt arbeid?

Må <u>prate høyt</u> for å bli hørt.....	<input type="checkbox"/>
Må <u>rope høyt</u> for å bli hørt.....	<input type="checkbox"/>

Har du brukt hørselsvern?

Alltid	Ofte	Sjelden/aldri	Ikke aktuelt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor lenge har du vært utsatt for sterk støy i ditt arbeid?

Under 5 år	5-10 år	10-20 år	Over 20 år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor lenge har du vært utsatt for sterk støy i ditt arbeid de siste 20 årene?

0 år	Under 5 år	5-10 år	10-20 år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ØRESUS

12 Har du i løpet av de siste 12 måneder hatt øresus?

Nei	Ja	Vet ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HVIS JA:

Hvor ofte har du øresus?

Alltid	Daglig	Ukentlig	Månedlig eller sjeldnere
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor lenge varer vanligvis periodene med øresus?

< 5 minutter	5 min-1 time	Mer enn 1 time
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nei	Ja	Vet ikke
Er du plaget av din øresus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>