

Lungehelseundersøkelsen – Spørreskjema- intervju 2002

Senternummer			1	4	0
Løpenummer					
Utvalg					
Dato				0	2
	Dag	Måned	År		

Jeg vil nå stille deg en del spørsmål. Denne første delen handler for det meste om pusten din.
Jeg vil be deg om å svare bare ja eller nei, så sant det er mulig.

1. Har du noen gang i løpet av de siste **12 månedene** hatt pipelyder (piping) i brystet NEI JA
- Hvis 'NEI' gå til spørsmål 2, hvis 'JA':*
- 1.1 Har du vært tungpusten i forbindelse med at du hadde pipelyder i brystet ? NEI JA
- 1.2. Har du hatt slike pipelyder når du **ikke** har vært forkjølet ? NEI JA
2. Har du noen gang i løpet av de **siste 12 månedene** våknet opp med følelse av å være tung i pusten ? NEI JA
3. Har du noen gang i løpet av de **siste 12 månedene** hatt et anfall med tungpust om dagen når du har vært i ro ? NEI JA
4. Har du noen gang i løpet av de **siste 12 månedene** hatt et anfall med tungpust etter en anstrengelse ? NEI JA
5. Har du noen gang i løpet av de **siste 12 månedene** blitt vekket av et anfall med tungpust ? NEI JA
- Hvis 'NEI' gå til spørsmål 6, hvis 'JA':*
- 5.1 Har du noen gang i løpet av de **siste 3 månedene** Blitt vekket av et anfall med tungpust ? NEI JA
- Hvis 'NEI' gå til spørsmål 6, hvis 'JA':*
- 5.1.1 Har du i løpet av de **siste 3 månedene** i gjennomsnitt blitt vekket av et anfall med tungpust minst en gang per NEI JA
 uke ?
- Hvis 'NEI' gå til spørsmål 6, hvis 'JA':*
- 5.1.1.1 Hvor mange ganger i løpet av de **siste 3 månedene** har du i gjennomsnitt per uke blitt vekket av et anfall med tungpust ? ANTALL PER UKE
6. Har du noen gang i løpet av de **siste 12 månedene** blitt vekket av et hosteanfall ? NEI JA
- NEI JA
7. Hoster du **vanligvis** med en gang du våkner om morgenen om vinteren ?
- [DERSOM TVIL, BRUK SPØRSMÅL 8.1 FOR Å BEKREFTE]

8. Hoster du **vanligvis** om dagen, eller natten om vinteren ? NEI JA

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 9, hvis 'JA':

8.1 Hoster du slik som dette de fleste dagene i tre måneder eller lengre i løpet av NEI JA

9. Har du **vanligvis** oppspytt med en gang du våkner om morgenen om vinteren NEI JA

[DERSOM TVIL, BRUK SPØRSMÅL 10.1 FOR Å BEKREFTE]

10. Har du **vanligvis** oppspytt i løpet av dagen, eller natten om vinteren ? NEI JA

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 11, hvis 'JA':

10.1 Har du oppspytt slik som dette de fleste dagene i tre måneder eller lengre i løpet av NEI JA

11. Har du noen gang hatt problemer med pusten ? NEI JA

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 12, hvis 'JA':

11.1 Har du slike problemer

- a) høye tiden, slik at pusten aldri er helt bra
 b) gjentatte ganger, men blir alltid helt bra
 c) bare unntaksvis

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

12. Har du vansker med førligheten av annen grunn enn hjerte- eller lungesykdom ? NEI JA

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 13, hvis 'JA', fortell hvilket problem: _____

12.1 Blir du tungpusten når du skynder deg på flat vei, NEI JA

 eller går opp en slakk motbakke ?
Hvis 'NEI' gå til spørsmål 13, hvis 'JA':

12.1.1 Blir du tungpusten når du går med andre jevnaldrende på flat vei ? NEI JA

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 13, hvis 'JA':

12.1.1.1 Må du stoppe opp fordi du blir tungpusten NEI JA

 når du går i ditt eget tempo på flat vei ?

13. **BARE FOR KVINNER – MENN GÅR TIL SPØRSMÅL 14**

Har du noen gang merket problemer med pusten (slik som piping, tetthet i brystet eller tungpust) på spesielle tider i menstruasjons-syklusen ?

- Ja, i uken før menstruasjonen
 Ja, under menstruasjonen
 Ja, i uken etter menstruasjonen
 Ja, på annen tid av måneden
 Gjelder ikke meg (dvs. menopause)
 Nei

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>

14. Har du noen gang hatt astma ? NEI JA

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 15, hvis 'JA':

14.1 Er dette bekreftet av lege ? NEI JA

14.2 Hvor gammel var du ved første astma-anfall ?

ÅR

14.3 Hvor gammel var du ved siste astma-anfall ?

ÅR

14.4.1-6 I hvilke måneder av året får du vanligvis astma-anfall ?

14.4.1 Januar / Februar

14.4.2 Mars / April

14.4.3 Mai / Juni

14.4.4 Juli / August

14.4.5 September / Oktober

14.4.6 November / Desember

NEI	JA
<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.5 Har du hatt et astma-anfall i løpet av *de siste 12 månedene* ?

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 14.8, hvis 'JA':

NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.6 Hvor mange astma-anfall har du hatt i løpet av *de siste 12 månedene* ?

ANTALL

14.7 Hvor mange astma-anfall har du hatt i løpet av *de siste 3 månedene* ?

ANTALL

14.8 Hvor mange ganger har du våknet på grunn av din astma i løpet av *de siste 3 månedene* ? SETT BARE ETT KRYSS

Hver natt eller nesten hver natt

Mer enn en gang per uke, men ikke de fleste netter

Minst to ganger per måned, men ikke mer enn en gang per uke

Mindre enn to ganger per måned

Aldri

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>

14.9. Hvor ofte har du hatt problemer med pusten på grunn av din astma i løpet av *de siste 3 månedene*

Hele tiden

Omtrent en gang om dagen

Minst en gang per uke, men sjeldnere enn en gang per dag

Sjeldnere enn en gang per uke

Aldri

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>

14.10 Tar astma medisiner nå, inkludert inhalasjoner, spray eller tabletter for astma ?

NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.11 Har du din egen PEF måler ?

NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 14.12, hvis 'JA':

14.11.1 Hvor ofte har du brukt den de siste tre månedene ?

Aldri

Noen dager

De fleste dager

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

14.12 Har du skriftlig informasjon fra legen din om hvordan du skal håndtere din astma ved forverring eller ved et astma-anfall ?

NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.13. **BARE FOR KVINNER – MENN GÅR TIL SPØRSMÅL 15**

Har du noen gang merket at din astma har blitt verre i menstruasjons-syklusen ? SETT BARE ETT KRYSS

- | | | |
|-----------------------------------|---|--------------------------|
| Ja, i uken før menstruasjonen | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Ja, mens jeg har menstruasjon | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Ja, i uken etter menstruasjonen | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Ja, på annen tid av måneden | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Gjelder ikke meg (dvs. menopause) | 5 | <input type="checkbox"/> |
| Nei | 6 | <input type="checkbox"/> |

NEI JA

14.14 Har du vært gravid (minst 25 uker) etter at din astma startet ?

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 15, hvis 'JA':

14.14.1. Hvordan gikk det med din astma da du var gravid ?

- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|
| Bedre | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Verre | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Uendret | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Forskjellig i svangerskapene | 4 | <input type="checkbox"/> |
| Vet ikke | 5 | <input type="checkbox"/> |

SETT BARE ETT KRYSS

NEI JA

15. Har du høysnue eller neseallergi ?

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 16, hvis 'JA':

15.1 Hvor gammel var du første gangen du hadde høysnue eller neseallergi ?

ÅR

16. Har du noen gang hatt problemer med nysing, eller rennende eller tett nese når du ikke har vært forkjølt ?

Hvis 'NEI' gå til spørsmål 17, hvis 'JA':

NEI JA

 16.1. Har du noen gang hatt problemer med nysing, eller rennende eller tett nese når du ikke var forkjølt eller hadde influensa i løpet av *de siste 12 månedene* ?

NEI JA

 Hvis 'NEI' gå til spørsmål 17, hvis 'JA':

16.1.1. Har du sammen med disse neseplagene hatt kløende eller rennende øyne?

NEI JA

16.1.2. I hvilke måneder hadde du disse neseplagene ?

- | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Januar | NEI | JA |
| Februar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mars | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| April | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Juni | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Juli | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| August | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| September | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oktober | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| November | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Desember

17. Har du brukt medisiner mot sykdom i nesen *siden forrige undersøkelse* ?
Hvis 'NEI' gå til spørsmål 18, hvis 'JA':

NEI JA

17.1 Har du brukt noen av de følgende nesesyprayene for sykdom i nesen
{VIS LISTEN OVER STEROID NESE SPRAY}
Hvis 'NEI' gå til spørsmål 18, hvis 'JA':

NEI JA

17.1.1 Hvor mange år har du tatt denne typen nesesypray ?

ÅR

17.1.2 Har du brukt noen av disse sprayene **de siste 12 måneder** ?

NEI JA

17.2 Har du brukt noen av disse tablettene eller kapslene ?
{VIS LISTEN OVER ANTIHISTAMINER}
Hvis 'NEI' gå til spørsmål 18, hvis 'JA':

NEI JA

17.2.1 Hvor mange år har du tatt denne typen
 tabletter eller kapsler ?

ÅR

17.2.2 Har du brukt noen av disse tablettene
 eller kapslene i løpet av **de siste 12 månedene** ?

NEI JA

18. Har du *noen gang* hatt eksem eller annen allergisk hud lidelse ?

NEI JA

19. Har du *noen gang* hatt et kløende utslett som har kommet og gått i **minst 6 måneder** ?
Hvis 'NEI' gå til spørsmål 20, hvis 'JA':

NEI JA

19.1. Har du hatt slikt kløende utslett i løpet av **de siste 12 månedene** ?
Hvis 'NEI' gå til spørsmål 20, hvis 'JA':

NEI JA

19.1.1. Har dette kløende utslettet *noen gang* angrepet disse stedene:
 albuefolden, knehasene, foran på ankene,
 under setet, rundt nakken, i ørene eller øynene ?

NEI JA

20. Har du noen gang hatt problemer med pusten etter å ha brukt legemidler ?
Hvis 'NEI' gå til spørsmål 20, hvis 'JA':

NEI JA

20.1-2 Hvilke medikament ? _____

20.1.1
 20.1.2

21. Hvor gammel var din mor da du ble født ?

ÅR

22. Hvor mange ganger flyttet du de første 5 årene av ditt liv ?

Aldri
 En gang
 Mer enn en gang

SETT BARE ETT KRYSS
 1
 2
 3

23. Har du vært innlagt i sykehus før du var **2 år gammel** på grunn av lungesykdom ?

NEI JA

24. Hvor gammel var du ved start hos dagmamma, i barnepark, i barnehage, i førskole eller ÅR

25. Hvor mange **andre** barn sov regelmessig i ditt soverom før **du var fem år gammel** ? ANTALL BARN

Jeg vil nå spørre deg om hvilke typer arbeid du har hatt. Jeg er interessert i hver av jobbene du har hatt i mer enn 3 måneder, siden sist vi var i kontakt med deg i 1991-92. Disse jobbene kan ha vært utenfor huset eller hjemme, full tid eller deltid, lønnet og ulønnet, inkludert selvstendig næringsdrivende eller for eksempel i en familiebedrift. Deltidsarbeid på mindre enn 8 timer per uke skal ikke føres opp.

26. Er du for tiden

Ansatt (inkludert militærtjeneste)	1	<input type="checkbox"/>
Selvstendig næringsdrivende	2	<input type="checkbox"/>
Arbeidsløs eller arbeidssøkende	3	<input type="checkbox"/>
Ikke i arbeid pga dårlig helse (sykemeldt, ufør)	4	<input type="checkbox"/>
Heltids hjemmевærende	5	<input type="checkbox"/>
Full tids student	6	<input type="checkbox"/>
Pensjonert	7	<input type="checkbox"/>
Annet	8	<input type="checkbox"/>

SETT BARE ETT KRYSS

HVIS ANSATT ELLER SELVSTENDIG NÆRINGSDRIVENDE ELLER FULLTIDS HJEMMEVÆRENDE, GÅ TIL SPØRSMÅL 28

27. Har du hatt ansettelse i et arbeidsforhold i tre sammenhengende måneder eller lenger siden sist undersøkelse i 1993 ?

NEI JA

HVIS 'JA' GÅ TIL YRKES SKJEMAET

Senter nummer

		1	4	0
--	--	---	---	---

 Løpenummer

--	--	--	--	--

 Utvalg

--	--	--	--	--

 Dato

--	--	--	--	--

 DAG

--	--	--	--	--

 MÅNED

--	--	--	--	--

 ÅR

28. Hvis du har hatt mer enn en jobb i samme firma, eller hvis du utførte mer enn en jobb samtidig, ber vi om at du nevner disse hver for seg.
 Vær snill å begynne med din nåværende eller siste jobb.

JOBB	28.1. Hva er (var) tittelen på din nåværende (siste) jobb ?	28.2. Hva gjør (gjorde) eller hvilke tjenester leverer (-te) firmaet/bedriften/ institusjonen ?	28.3. Når startet du i denne jobben ?				28.4. Når sluttet du i denne jobben ?			
	YRKE	ARBEID	MÅNED	ÅR	MÅNED	ÅR	MÅNED	ÅR		
JOBB 1										
JOBB 2										
JOBB 3										
JOBB 4										
JOBB 5										
JOBB 6										
JOBB 7										
JOBB 8										
JOBB 9										
JOBB 10										

29. Har du fått tung pust eller pipelyder i brystet i noen av disse jobbene ?
 Hvis 'JA' (kryss 'NEI' eller 'JA' for hver jobb)

- Jobb 1?
- Jobb 2?
- Jobb 3?
- Jobb 4?
- Jobb 5?
- Jobb 6?
- Jobb 7?
- Jobb 8?
- Jobb 9?
- Jobb 10?

NEI	JA
<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"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Har du noen gang skiftet eller sluttet i arbeid fordi du ble plaget med pusten din ?
 Hvis 'JA' (kryss 'NEI' eller 'JA' for hver jobb)

- Jobb 1?
- Jobb 2?
- Jobb 3?
- Jobb 4?
- Jobb 5?
- Jobb 6?
- Jobb 7?
- Jobb 8?
- Jobb 9?
- Jobb 10?

NEI	JA
<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"/>	<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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Har du siden sist undersøkelse vært utsatt for ulykke hjemme, på jobb eller annet sted med damper, gasser eller røyk
 Hvis 'JA'

NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.1 Opplevde du umiddelbare plager fra luftveiene etter denne ulykken ?
 Hvis 'JA'

NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.1.1 Kan du beskrive hva dette var ? _____

Yrkesmodul taes inn her.

32. Hvor gammel var du ved fullført heltids utdanning ?
 Hvis heltids student, før inn '88'

ÅR

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

33. Hvor ofte trener du vanligvis så mye, at du blir andpusten eller svett

Hver dag

4-6 ganger per uke

2-3 ganger per uke

En gang per uke

En gang i måneden

Sjeldnere enn en gang i måneden

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>

Aldri

7

34. Hvor mange timer per uke trener du vanligvis så mye at du blir andpusten eller svett? SETT BARE ETT KRYSS

Ingen

1

Omtrent ½ time

2

Omtrent 1 time

3

Omtrent 2-3 timer

4

Omtrent 4-6 timer

5

7 timer eller mer

6

35. Unngår du hard trening p.g.a. piping i brystet eller astma?

NEI JA

36. Når ble din nåværende bolig bygget?

ÅRSTALL

37. Bor du i samme bolig som ved siste undersøkelse?

NEI JA *Hvis 'JA' gå til spørsmål 38, hvis 'NEI':*

37.1. Hvor mange ganger har du flyttet siden siste undersøkelse?

ANTALL

37.2. Hvor lenge har du bodd i din nåværende bolig?

ÅR

37.3 Hvor bor du nå?

Annen bolig, men fortsatt i Bergen kommune

Utenfor Bergen, men fortsatt i Norge

Et annet land

SETT BARE ETT KRYSS

1
2
3

37.3.1. HVIS ET ANNET LAND, HVILKET? _____

37.4 Hva beskriver best din nåværende bolig?

a) campingvogn eller flyttbart hus?

b) enebolig?

c) enebolig i rekke?

d) bolig med to familier?

e) bolig med tre eller fire familier?

f) bolig med fem eller flere familier?

g) en båt, telt eller en husbil (van)

e) annet: _____

SETT BARE ETT KRYSS

1
2
3
4
5
6
7
8

38. Har din bolig noe av det følgende?

38.1 Sentral varme anlegg for hele huset

38.2 Oppvarming via varmluftkanaler

38.3 Luft kondisjoneringsanlegg eller klimaanlegg

NEI JA

39. Hvilke av følgende energiformer bruker du for å varme opp huset eller få varmt vann ?

- 39.1 Kull, koks eller vedfyring (åpen ild)
 39.2 Åpen gass komfyr
 39.3 Elektriske ovner eller varmtvannsbereder
 39.4 Parafin brenner
 39.5 Gass brenner
 39.6 Olje fyring
 39.7 Bærbare gass varmere
 39.8 Annet: _____

NEI JA

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

40. Hva slags ovn bruker du *hovedsakelig* for matlaging ?

- a) Kull, koks eller vedfyring ?
 b) Gass (gass fra rør) ?
 c) Elektrisk ?
 d) Parafin ?
 e) Mikrobølge ?
 f) Gass (gass på flasker eller lignende) ?
 g) Annet: _____

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>

40.1 Hvis du bruker gass til matlaging, hva bruker du av ?

- 40.1.1 Gass kokeplate
 40.1.2 Gass ovn

NEI JA

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

41. Hva slags komfyr ble brukt til matlaging i hjemmet ditt da du var fem år gammel ?

- a) Kull, koks eller vedfyring ?
 b) Gass (gass fra rør)?
 c) Elektrisk ?
 d) Parafin ?
 e) Gass (gass på flasker eller lignende) ?
 f) Vet ikke
 g) Annet: _____

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>

42. I gjennomsnitt, hvor lang tid har du brukt daglig på matlaging på komfyren de siste fire ukene ?

MINUTTER

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

43. Hadde du åpen dør eller vindu ut mot frisk luft når du kokte/stekte mat de siste fire ukene ?

- a) det meste av tiden
 b) av og til
 c) sjelden / enkelte ganger
 d) Jeg har ikke vindu eller dør ut mot frisk luft

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

44. Har du mekanisk avsug (ventilator) over komfyren i kjøkkenet ditt ?

Hvis 'NEI' eller 'VET IKKE' gå til spørsmål 45, hvis 'JA':

NEI JA VET IKKE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

44.1 Når du koker eller steker bruker du ventilatoren

- a) hele tiden ?
b) noe av tiden ?
c) aldri ?

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

44.2 Tar ventilatoren dampen ut av huset ?

NEI	J A	VET IKKE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Har det rommet i huset som du bruker mest i løpet av dagen

- 45.1 heldekkende gulvtepper / vegg til vegg tepper ?
45.2 filleryer / løse tepper ?
45.3 doble vinduer ?

NEI J A

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

46. Hvor gammelt er det eldste teppet (etc.) i rommet du bruker mest i løpet av dagen ? SETT BARE ETT KRYSS

- a) mindre enn ett år
b) 1-5 år gammelt
c) mer enn 5 år gammelt

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

47. I hvilken etasje er det rommet du bruker mest i løpet av dagen ?

(Gulv- / bakke-etasje er 00)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

48. Har soverommet ditt

- 48.1 heldekningstepper / vegg til vegg tepper ?
48.2 filleryer / løse tepper ?
48.3 doble vinduer ?

NEI J A

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

49. Hvor gammelt er det eldste teppet (etc.) i soverommet ditt ?

- a) mindre enn ett år
b) 1-5 år gammelt
c) mer enn 5 år gammelt

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

50 Hvor gammel er madrassen din ?

- a) mindre enn ett år
b) 1-5 år gammel
c) mer enn 5 år gammel

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

51 I hvilken etasje er soverommet ditt ? (laveste = 00)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

52. Sover du med åpent vindu om vinteren ?

HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL 53, HVIS 'JA':

NEI J A

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

52.1 Sover du med åpent vindu

- a) hele tiden ?
b) noe av tiden ?
c) bare en sjelden gang ?

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

53. Har det vært vannskade på eller i boligen,
for eksempel fra rørledningsbrudd, lekkasjer eller oversvømmelser ?

HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL 54, HVIS 'JA':

NEI	J A	VET IKKE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53.1 Har det vært vannskader i løpet av de siste 12 månedene ?

NEI	J A	VET IKKE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Har du sett fuktighet på overflater inne i din bolig eller i kjelleren de siste 12 måneder ? NEI J A

(for eksempel på vegger, tapet, tak eller tepper)

55. Har det noen gang vært mugg eller sopp på overflater inne i din bolig ?
(Ikke på matvarer)

NEI JA VET IKKE

HVIS 'NEI' ELLER 'VET IKKE' GÅ TIL SPØRSMÅL 56, HVIS 'JA':

55.1.1-6 I hvilke rom har du sett dette ?

55.1.1 Baderom/toalett

55.1.2 Soverom

55.1.3 Stue- eller oppholdsrom

55.1.4 Kjøkken

55.1.5 Kjeller eller loft

55.1.6 Annet: _____

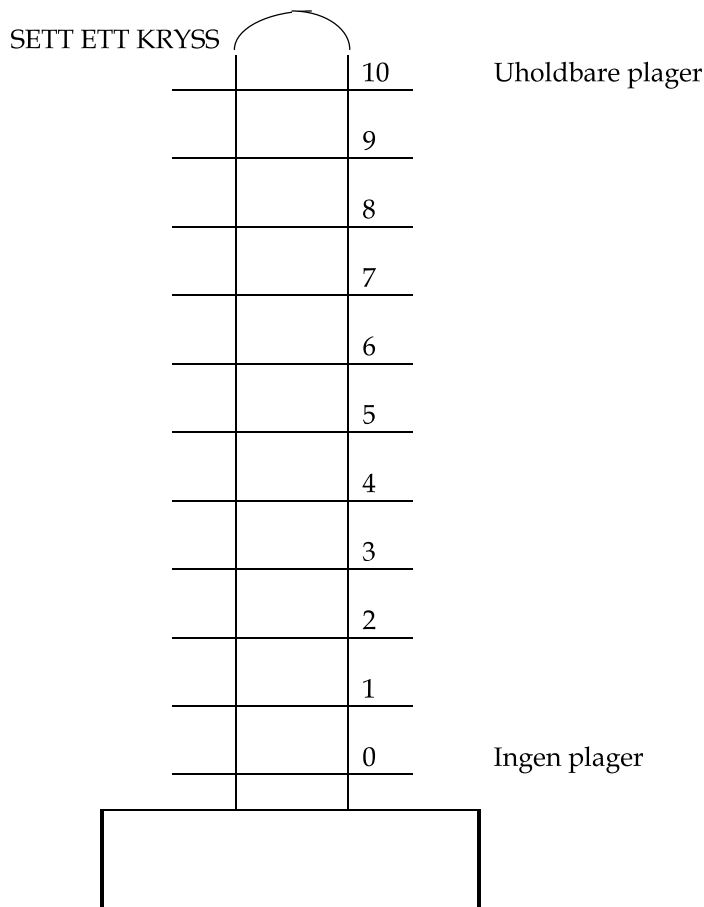
NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55.2 Har det vært mugg eller sopp på overflater inne i din bolig **de siste 12 måneder** ?

NEI JA

'Denne skalaen ser ut som et termometer; den gir deg mulighet til å angi din personlige mening på de følgende spørsmål om plager fra luftforurensing. Du kan angi graden av plager på denne skalaen mellom 0 og 10, der 0 betyr ingen plager og 10 betyr uholdbare plager'.

56 . Hvor mye er du plaget av utendørs luftforurensing (fra trafikk, industri etc.) hvis du har vinduet åpent ?



(SKRIV INN TALLET)

--	--

DE SOM IKKE HAR FLYTTET SIDEN SISTE UNDERSØKELSE (SJEKK SVARET I SPØRSMÅL 37)
GÅR TIL SPØRSMÅL 58

DE SOM HAR FLYTTET SIDEN SISTE UNDERSØKELSE:

57. Hvor mye var du plaget av utendørs luftforurensing (fra trafikk, industri etc.) der du bodde før, dersom du hadde vinduet åpent ?

SETT ETT KRYSS

	10	Uholdbare plager
	9	
	8	
	7	
	6	
	5	
	4	
	3	
	2	
	1	
	0	Ingen plager

(SKRIV INN TALLET)

--	--

58. Hvor ofte passerer det biler forbi boligen din ?

- a) Hele tiden
- b) Ofte
- c) Sjelden
- d) Aldri

SETT BARE ETT KRYSS

1	
2	
3	
4	

59. Hvor ofte passerer det tung trafikk (lastebiler, busser etc.) forbi boligen din?

- a) Hele tiden
- b) Ofte
- c) Sjelden
- d) Aldri

SETT BARE ETT KRYSS

1	
2	
3	
4	

60. Har du gjort noen av følgende tiltak for å redusere allergener eller eksponeringen for allergener i din bolig siden siste undersøkelse ?
- | | NEI | JA |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 60.1 Skiftet fra tepper til tregulv eller annet belegg i rom som brukes mest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60.2 Skiftet fra tepper til tregulv eller annet belegg på soverommet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60.3 Kjøpt et nytt teppe til rommet som brukes mest | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60.4 Kjøpt et nytt teppe til soverommet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60.5 Brukt anti-støv/-midd spraymidler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60.6 Tatt på allergi-(midd-)trekk på madrasser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60.7 Solgt, gitt vekk eller fjernet kjæledyr (hund, katt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
61. Har du katt ?
- HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL 62, HVIS 'JA':*
- | | NEI | JA |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 61.1 Får katten / kattene være inne i huset ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61.2 Får katten / kattene være på soverommet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
62. Har du hund ?
- HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL 63, HVIS 'JA':*
- | | NEI | JA |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 62.1 Får hunden / hundene være inne i huset? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62.2 Får hunden / hundene være på soverommet ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
63. Har du fugler ?
- HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL 64, HVIS 'JA':*
- | | NEI | JA |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 63.1 Er noen av disse fuglene inne i huset ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
64. Hadde du katt i ditt hjem
- | | NEI | JA | VET IKKE |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 64.1 i ditt første leveår ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64.2 da du var mellom 1 og 4 år gammel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64.3 da du var mellom 5 og 15 år gammel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
65. Hadde du hund i ditt hjem
- | | NEI | JA | VET IKKE |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 65.1 i ditt første leveår ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65.2 da du var mellom 1 og 4 år gammel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65.3 da du var mellom 5 og 15 år gammel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
66. Hadde du fugl i ditt hjem
- | | NEI | JA | VET IKKE |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 66.1 i ditt første leveår ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66.2 da du var mellom 1 og 4 år gammel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66.3 da du var mellom 5 og 15 år gammel ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
67. Hva beskriver best stedet eller boligen der du bodde lengst før du ble 5 år gammel ? SETT BARE ETT KRYSS
- | | | |
|------------------------------|---|--------------------------|
| a) Gård | 1 | <input type="checkbox"/> |
| b) tettbygd område på landet | 2 | <input type="checkbox"/> |
| c) liten by | 3 | <input type="checkbox"/> |
| d) bydel i større by | 4 | <input type="checkbox"/> |
| e) bysentrum | 5 | <input type="checkbox"/> |

68. Når du er nær dyr, slik som katter, hunder, hester, har du **noen gang**

68.1 begynt å hoste ?

68.2 begynt å pipe ?

68.3 fått en følelse av tetthet i brystet ?

68.4 begynt å bli tungpusten ?

68.5 fått rennende, tett nese eller begynt å nyse ?

68.6 fått kløende eller rennende øyne ?

NEI JA

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

69. Når du er i en støvete del av boligen din, nær puter eller, har du **noen gang**

69.1 begynt å hoste ?

69.2 fått piping i brystet ?

69.3 føler deg tett i brystet ?

69.4 føler deg tungpusten ?

69.5 fått tett eller rennende nese eller begynt å nyse ?

69.6 fått kløende eller rennende øyne ?

NEI JA

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

70. Når du er nær trær, gress, blomster eller når det er mye pollen, har du **noen gang**

70.1 begynt å hoste ?

70.2 fått piping i brystet ?

70.3 føler deg tett i brystet ?

70.4 føler deg tungpusten ?

70.5 fått tett eller rennende nese eller begynt å nyse ?

70.6 fått kløende eller rennende øyne ?

NEI JA

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

HVIS 'JA' PÅ NOE AV DET OVENNEVNTTE:

70.7.1-4 Når på året opplever du dette ?

70.7.1 Vinter

70.7.2 Våren

70.7.3 Sommer

70.7.4 Høst

NEI JA

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

71. Hvor ofte spiser du hurig tilberedt mat som er frosset, i boks eller ferdig pakket ?

a) Hver dag eller de fleste dager

b) Minst en gang i uken

c) Mindre enn en gang per uke

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

72 Spiser du mellom måltidene (snacks) ?

HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL 73, HVIS 'JA':

NEI JA

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

72.1.1-3 Hva av det følgende spiser du minst *en gang per uke* ?

72.1.1 Potetchips, salte eller krydrete kjeks

72.1.2 Søtsaker, sjokolade eller søte kjeks

72.1.3 Frukt eller grønnsaker

NEI JA

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

73. Har du noen gang blitt syk, eller fått plager av å spise en *bestemt* matsort
HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL 74, HVIS 'JA':

NEI JA

73.1 Har du nesten alltid blitt syk eller fått slike plager etter å ha spist denne mat
HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL 74, HVIS 'JA':

NEI JA

73.1.1 Hva slags mat var dette ? [Nevn inntil 3]

73.1.2.1-6 Innebar sykdommen eller disse plagene

73.1.2.1 utslett og kløe ?

73.1.2.2 diaré eller oppkast ?

73.1.2.3 rennende eller tett nese ?

73.1.2.4 alvorlig hodepine ?

73.1.2.5 tungpust ?

73.1.2.6 annet: _____

NEI JA

74. Har du noen gang røykt så lenge som ett år ?

{'JA' betyr minst 20 pakker sigaretter eller 360 gram tobakk i løpet av livet, eller minst en sigarett per dag, eller en sigar per uke over ett år}

NEI JA

HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL75, HVIS 'JA':

74.1 Hvor gammel var du da du startet å røyke ?

ÅR

74.2 Røyker du **nå**, eller har du røykt i løpet av den *siste måneden* ?

HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL74.3, HVIS 'JA':

NEI JA

74.2.1-4 Hvor mye røyker du i gjennomsnitt *nå*

74.2.1 antall sigaretter per dag

74.2.2 antall sigarillos per dag

74.2.3 antall sigarer per uke

74.2.4 pipe tobakk in a) ounces / uke (ikke i Norge)

b) gram / uke

ANTALL

74.3 Har du sluttet å røyke eller redusert røykingen ?

HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL74.4, HVIS 'JA':

NEI JA

74.3.1 Hvor gammel var du når du sluttet å røyke, eller reduserte røykingen

74.3.2.1-4 Hvor mye røykte du i **gjennomsnitt**, før du sluttet eller reduserte ? ANTALL

74.3.1 antall sigaretter per dag

74.3.2 antall sigarillos per dag

74.3.3 antall sigarer per uke

74.3.4 pipe tobakk in a) ounces / uke (ikke i Norge)

b) gram / uke

ÅR

NEI JA

74.4 Inhalerer eller inhalerte du tobakksrøyken ?

75. Har du vanligvis vært utsatt for tobakksrøyk i løpet av de siste 12 månedene ? NEI JA
 [med 'vanligvis' menes de fleste dager eller netter]

HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL76, HVIS 'JA':

75.1. Utenom deg, hvor mange andre er det som røyker i din husstand? ANTALL

75.2 Er det noen som røyker regelmessig i det rommet der du oppholder deg NEI JA

75.3 Hvor mange timer per dag er du utsatt for **andre personers** tobakksrøyk TIMER

75.4 Vær vennlig og gi mer utfyllende informasjon; Hvor mange timer per da utsatt for andres tobakksrøyking på følgende steder:

Hjemme	<input type="text"/>	<input type="text"/>
På arbeidsplassen	<input type="text"/>	<input type="text"/>
På barer/puber, restauranter, kino, utesteder etc.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andre steder	<input type="text"/>	<input type="text"/>

76. Har du brukt legemidler som pustets inn (inhaleres) i løpet av de siste 12 månedene? NEI JA
HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL77, HVIS 'JA':

Hva har du brukt de siste 12 månedene? NEI JA

76.1 korttids-virkende beta-2-agonist inhalasjoner NEI JA

(Kombinasjoner med beta 2 agonister og steroider oppføres i spørsmål 76.5)

76.1.1 Hvis du har brukt, hvilke ? _____

76.1.2 Hva slags inhalator har du brukt ?

76.1.3. Hva er dosen per puff/spray (i microgram) ?

76.1.4. Hvordan har du brukt disse de 3 siste månedene ? SETT BARE ETT KRYSS

- a) ved behov 1
- b) korte perioder/kurer 2
- c) hele tiden 3
- d) ikke brukt 4

Hvis svaret til 76.1.4 er ved behov:

76.1.5 Antall puff eller doser per måned ANTALL

Hvis svaret til 76.1.4 er korte perioder/kurer: ANTALL

76.1.6 antall perioder/kurer

76.1.7 antall puff eller doser per dag

76.1.8 gjennomsnittlig antall dager per måned

Hvis svaret til 76.1.4 er hele tiden: ANTALL

76.1.9 antall puff per dag

76.2 langtids virkende beta-2-agonist inhalasjoner NEI JA

(Kombinasjoner med beta 2 agonister og steroider oppføres i spørsmål 76.5)

76.2.1 Hvis du har brukt, hvilken? _____

76.2.2 Hva slags inhalator har du brukt ?

76.2.3. Hva er dosen per puff/spray (i microgram) ?

76.2.4. Hvordan har du brukt disse de 3 siste månedene ?

- a) ved behov
b) korte perioder/kurer
c) hele tiden
d) ikke brukt

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

Hvis svaret til 76.2.4 er ved behov:

76.2.5 Antall puff eller doser per måned

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Hvis svaret til 76.2.4 er korte perioder/kurer:

76.2.6 antall perioder/kurer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

76.2.7 antall puff eller doser per dag

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

76.2.8 gjennomsnittlig antall dager per måned

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Hvis svaret til 76.2.4 er hele tiden:

76.2.9 antall puff per dag

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

76.3 Uspesifikke adrenoreseptor agonist inhalasjoner

76.3.1 Hvis du har brukt, hvilke ? _____

NEI	J A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76.4 anti-muscarin inhalasjoner

76.4.1 Hvis du har brukt, hvilken ? _____

76.4.2 Hva slags inhalator har du brukt ?

76.4.3. Hva er dosen per puff/spray (i microgram) ?

NEI	J A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76.4.4. Hvordan har du brukt disse de 3 siste månedene ?:

- a) ved behov
b) korte perioder/kurer
c) hele tiden
d) ikke brukt

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

Hvis svaret til 76.4.4 er ved behov:

76.4.5 Antall puff eller doser per måned

ANTALL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hvis svaret til 76.4.4 er korte perioder/kurer:

76.4.6 antall perioder/kurer

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

76.4.7 antall puff eller doser per dag

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

76.4.8 gjennomsnittlig antall dager per måned

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Hvis svaret til 76.4.4 er hele tiden:

76.4.9 antall puff per dag

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

76.5 inhalerte steroider

(hvis kombinert beta 2 og steroid, vær vennlig og før inn steroid dosen)

76.5.1 Hvis du har brukt, hvilke ? _____

76.5.2 Hva slags inhalator har du brukt ?

76.5.3. Hva er dosen per puff/spray (i microgram) ?

NEI	J A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76.5.4. Hvordan har du brukt disse de **3 siste månedene** ?:

- a) ved behov
b) korte perioder/kurer
c) hele tiden
d) ikke brukt

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

Hvis svaret til 76.4.4 er ved behov:

76.5.5 Antall puff eller doser per måned

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Hvis svaret til 76.4.4 er korte perioder/kurer:

76.5.6 antall perioder/kurer

76.5.7 antall puff eller doser per dag

76.5.8 gjennomsnittlig antall dager per måned

Hvis svaret til 76.4.4 er hele tiden:

76.5.9 antall puff per dag

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

76.6 **inhalert cromoglycat/nedocromil**

76.6.1 Hvis du har brukt, hvilke ? _____

76.6.2. Hva er dosen per puff/spray (i microgram) ?

		NEI		JA
<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76.6.3. Hvordan har du brukt disse de **3 siste månedene** ?:

- a) ved behov
b) korte perioder/kurer
c) hele tiden
d) ikke brukt

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

Hvis svaret til 76.6.3 er ved behov:

76.6.4 Antall puff eller doser per måned

Hvis svaret til 76.6.3 er korte perioder/kurer:

76.6.5 antall perioder/kurer

76.6.6 antall puff eller doser per dag

76.6.7 gjennomsnittlig antall dager per måned

Hvis svaret til 76.6.3 er hele tiden:

76.6.8 antall puff per dag

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

76.7 **inhalerte kombinasjoner**

76.5.1 Hvis du har brukt, hvilke ? _____

76.5.2 Hva slags inhalator har du brukt ?

76.5.3 Hva er dosen per puff/spray (i microgram) ?

		NEI		JA
<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"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Har du brukt **piller, kapsler, tabletter** eller andre medisiner enn inhalasjoner til hjelp for pusten de **siste 12 måneder** ?

HVIS 'NEI' GÅ TIL SPØRSMÅL78, HVIS 'JA':

NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke av de følgende har du brukt **de siste 12 måneder** ?

NEI	JA
-----	----

77.1 orale beta-2-agonister

77.1.1 Hvis du har brukt, hvilke? _____

77.1.2 Hvilken dose har tablettene ?

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

77.1.3. Hvordan har du brukt disse de 3 siste månedene ?

SETT BARE ETT KRYSS

- a) ved behov
b) korte perioder/kurer
c) hele tiden
d) ikke brukt

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

Hvis svaret til 77.1.3 er ved behov:

77.1.4 Antall tabletter per måned

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hvis svaret til 77.1.3 er korte perioder/kurer:

77.1.5 Antall kurer

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

77.1.6 Antall tabletter per dag

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

77.1.7 Gjennomsnittlig antall dager per måned

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hvis svaret til 77.1.3 er hele tiden:

77.1.8 Antall tabletter per dag

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

NEI JA

77.2 orale methylxanthiner

77.2.1 Hvis du har brukt, hvilke? _____

77.2.2 Hvilken dose har tablettene ?

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

77.2.3. Hvordan har du brukt disse de 3 siste månedene ?

SETT BARE ETT KRYSS

- a) ved behov
b) korte perioder/kurer
c) hele tiden
d) ikke brukt

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

Hvis svaret til 77.2.3 er ved behov:

77.2.4 Antall tabletter per måned

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hvis svaret til 77.2.3 er korte perioder/kurer:

77.2.5 Antall kurer

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

77.2.6 Antall tabletter per dag

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

77.2.7 Gjennomsnittlig antall dager per måned

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hvis svaret til 77.2.3 er hele tiden:

77.2.8 Antall tabletter per dag

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

NEI JA

77.3 orale steroider

77.3.1 Hvis du har brukt, hvilke? _____

77.3.2 Hvilken dose har tablettene ?

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

77.3.3. Hvordan har du brukt disse de 3 siste månedene ?

SETT BARE ETT KRYSS

- a) ved behov
b) korte perioder/kurer
c) hele tiden
d) ikke brukt

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

Hvis svaret til 77.3.3 er ved behov:

77.3.4 Antall tabletter per måned

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Hvis svaret til 77.3.3 er korte perioder/kurer:

77.3.5 Antall kurer

77.3.6 Antall tabletter per dag

77.3.7 Gjennomsnittlig antall dager per måned

Hvis svaret til 77.3.3 er hele tiden:

77.3.8 Antall tabletter per dag

--	--

77.3.9. Har du brukt dem de **3 siste månedene**?

NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77.4 orale anti-leukotriener

77.4.1 Hvis du har brukt, hvilke? _____

77.4.2 Hvilken dose har tabletten ?

NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77.4.3. Hvordan har du brukt disse de **3 siste månedene** ?

SETT BARE ETT KRYSS

a) ved behov

b) korte perioder/kurer

c) hele tiden

d) ikke brukt

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

Hvis svaret til 77.4.3 er ved behov:

77.4.4 Antall tabletter per måned

Hvis svaret til 77.4.3 er korte perioder/kurer:

77.4.5 Antall kurer

77.4.6 Antall tabletter per dag

77.4.7 Gjennomsnittlig antall dager per måned

Hvis svaret til 77.4.3 er hele tiden:

77.4.8 Antall tabletter per dag

--	--

--	--

77.5 ketotifen

77.5.1 Hvis du har brukt, hvilke? _____

77.5.2 Hvilken dose har tabletten ?

NEI	JA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77.5.3. Hvordan har du brukt disse de **3 siste månedene** ?

SETT BARE ETT KRYSS

a) ved behov

b) korte perioder/kurer

c) hele tiden

d) ikke brukt

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

Hvis svaret til 77.5.3 er ved behov:

77.5.4 Antall tabletter per måned

Hvis svaret til 77.5.3 er korte perioder/kurer:

77.5.5 Antall kurer

77.5.6 Antall tabletter per dag

77.5.7 Gjennomsnittlig antall dager per måned

Hvis svaret til 77.5.3 er hele tiden:

77.5.8 Antall tabletter per dag

--	--

--	--

- 78 Har du brukt inhalerte steroider siden forrige undersøkelse (vis liste) ?
- HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 79, HVIS 'JA':**
- 78.1. Hvor gammel var du da du begynte å bruke inhalasjons steroider ?
- 78.2. Har du brukt inhalasjons steroider *hvert år* siden forrige undersøkelse ?
- HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 78.3, HVIS 'JA':**
- 78.2.1. Hvor mange måneder per år har du i gjennomsnitt brukt dem ?
- GÅ NÅ TIL SPØRSMÅL 79**
- 78.3 I hvor mange år siden siste undersøkelse har du brukt inhalasjons steroider?
- 78.4. I hvor mange måneder av hvert av disse årene har du i gjennomsnitt brukt dem?
79. Har du fått vaksine mot allergi (immunoterapi) siden sist undersøkelse ?
- HVIS 'NEI', ELLER 'VET IKKE' GÅ TIL SPØRSMÅL 80, HVIS 'JA':**
- 79.1 Har du fått vaksine mot allergi (immunoterapi) **de siste 12 måneder** ?
80. Har du fått noen annen form for **injeksjon** til hjelp for pusten **de siste 12 måneder** ?
- HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 81, HVIS 'JA':**
- 80.1 Hvilke injeksjoner ? _____
81. Har du fått stikkpiller til hjelp for pusten **de siste 12 måneder** ?
- HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 82, HVIS 'JA':**
- 81.1 Hvilke stikkpiller ? _____
82. Har du brukt andre **hjelpemidler** til hjelp for pusten **de siste 12 måneder** ?
- HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 83, HVIS 'JA':**
- 82.1. Hvilke hjelpemidler ? _____
83. Har legen din noen gang forskrevet medisiner til hjelp for pusten din ?
- HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 84, HVIS 'JA'**
- 83.1 Hvis du har fått forskrevet medisiner til hjelp for pusten din, tar du **vanligvis** SETT BARE ETT KRYSS
- a) all medisinen ?
- b) det meste av medisinen ?

NEI JA

ÅR

NEI JA

MÅNEDER

ÅR

MÅNEDER

NEI JA VET IKKE

NEI JA

NEI JA

NEI JA

NEI JA

NEI JA

 1 2

- c) noe av medisinen ? 3
- d) ingenting av medisinen ? 4

83.2 Når **pusten din blir verre**, og du har fått forskrevet medisiner til hjelp for pusten, tar du vanligvis

- a) all medisinen ? 1
- b) det meste av medisinen ? 2
- c) noe av medisinen ? 3
- d) ingenting av medisinen ? 4

SETT BARE ETT KRYSS

83.3 Tror du det er farlig for deg å ta medisiner for pusten din i ett sett ?

NEI JA

83.4 Synes du at du burde ta så mye medisiner som du trenger for å bli kvitt **alle** dine pusteproblemer ?

NEI JA

84. Har du vært på legevakt eller sykehus pga. pusteproblemer siden forrige undersøkelse? **HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 85, HVIS 'JA'**

NEI JA

84.1 Har du vært på legevakt eller sykehus pga. pusteproblemer **de siste 12 måneder**? **HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 85, HVIS 'JA'**

NEI JA

84.1.1 Var dette pga. astma, tungpust eller piping i brystet ?

NEI JA

84.1.2 Hvor mange ganger **de siste 12 måneder** ?

ANTALL

85. Har du vært innlagt på sykehus pga. pusteproblemer siden forrige undersøkelse ?

NEI JA

HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 86, HVIS 'JA'

85.1 Har du vært innlagt på sykehus pga. pusteproblemer **de siste 12 måneder**?

NEI JA

HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 86, HVIS 'JA'

85.1.1 Var dette pga. astma, tungpust eller piping ?

NEI JA

85.1.2 Hvor mange døgn har du tilbrakt på følgende avdelinger eller institusjoner **de siste 12 måneder** ?

ANTALL

Medisinke avdelinger inkludert Hjerteravdelingen

Lungeavdelinger

Rehabiliteringsavdeling

Intensiv avdeling

Annet

86. Har du blitt tilsett av lege pga. pusteproblemer eller tungpust siden forrige undersøkelse? **HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 87, HVIS 'JA'**

NEI JA

86.1 Har du blitt tilsett av allmenpraktiker pga. pusteproblemer eller tungpust **de siste 12 måneder** ?

NEI JA

86.2 Var dette pga. astma, tungpust eller piping i brystet ?

- 86.3 Hvor mange ganger har du blitt tilsett av allmenpraktiker pga. pusteproblemer eller tungpust på disse stedene **de siste 12 måneder** ?
- Hjemme (ikke akutt eller øyeblikkelig hjelp)
- Legekontoret
- Hjemme, akutt eller øyeblikkelig hjelp
- Annet sted

ANTALL

- 86.4 Har du blitt tilsett av en spesialist (Lungelege, ØNH-lege, Spesialist i Indremedisin) pga.pusteproblemer eller tungpust **de siste 12 måneder** ?

NEI JA

--	--

HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 87, HVIS 'JA'

- 86.4.1 Hvor mange ganger ?

--	--

87. Har du regelmessige kontroller hos lege (eller sykepleier) for din astma, piping i brystet eller tungpust ?

NEI JA

--	--

HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 88, HVIS 'JA'

- 87.1 Har du regelmessige kontroller hos en sykehuslege ?

NEI JA

--	--

- 87.2 Har du regelmessige kontroller hos en allmenpraktiker ?

NEI JA

--	--

- 87.3 Har du regelmessige kontroller hos en sykepleier ?

NEI JA

--	--

88. Hvor mange ganger har du vært hos de følgende pga. pusteproblemer eller tungpust **de siste 12 måneder** ?

ANTALL

- 88.1 sykepleier

- 88.2 fysioterapeut

- 88.3 Utøver av alternativ/ natur medisin

89. Har du fått utført noen form for klinisk eller laboratorie test for pga. astma, piping i brystet eller tungpust **de siste 12 månedene** ?

NEI JA

--	--

HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 90, HVIS 'JA'

- 89.1. Hvor mange ganger har du fått utført følgende **de siste 12 måneder** ?

ANTALL

- Pustetest / måling av lungefunksjon

- Hud test for allergi

- Blod prøve for allergi

- Røntgenbilde

NEI JA

--	--

90. Er du i fast arbeid ?

HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 90.2 HVIS 'JA'

- 90.1 Hvor mange arbeidsdager har du tapt pga. astma, tungpust eller piping **de siste 12 månedene** ?

--	--	--

- 90.2 Ble du tvunget til å **slutte eller skifte arbeid** pga. astma, piping eller tungpust **de siste 12 månedene** ?

NEI JA

--	--

HVIS 'NEI', GÅ TIL SPØRSMÅL 91, HVIS 'JA'

- 90.2.1. Når ?

DAG	MÅNED	ÅR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

91. Har det vært dager hvor du har måttet **gi opp andre aktiviteter enn arbeid**

NEI JA

(dvs. barnepass, husarbeid, studier) pga. astma, piping eller tungpust **de siste 12 måneder** ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

HVIS 'NEI', ER DU FERDIG MED SPØRRESKJEMAET ! HVIS 'JA':

91.1. Hvor mange dager i gjennomsnitt hver måned ?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Personens kjønn

M	K
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Personens fødselsdato

DAG	MÅNED	ÅR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INTERVJU TYPE ?

- a) Ved studiesenteret, ansikt til ansikt
- b) Hjemme, ansikt til ansikt
- c) Via telefon
- d) Selvutfylt hjemme

SETT BARE ETT KRYSS

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

SLUTT

FELTARBEIDER NUMMER

<input type="text"/>

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.