



10.1. Ertu með þannig uppgang (slím) flesta daga að minnsta kosti 3 mánuði á hverju ári?

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

11. Áttu nokkurn tímann erfitt með að anda?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 12, ef 'Já':

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

11.1. Ef svo, er þetta þá...

- a) Samfelt þannig að öndunin er aldrei alveg eðlileg.
- b) Endurtekið en verður alltaf eðlilegt síðan.
- c) Bara sjaldan

Merkið í einn reit

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

12. Áttu erfitt með gang af einhverri annari ástæðu en vegna hjarta- eða lungna?

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

Ef 'Já' hvaða ástæðu \_\_\_\_\_ og svaraðu sp. 13 næst.  
Ef 'Nei':

12.1. Verðurðu mæðinn við greiðan gang á jafnsléttu eða við að ganga í smá halla?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 13, ef 'Já':

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

12.1.1. Ertu mæðinn við gang á jafnsléttu í fylgd með fólki á þínum aldri?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 13, ef 'Já':

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

12.1.1.1. Verður þú að stoppa til að kasta mæðinni þegar þú gengur á eðlilegum hraða á jafnsléttu?

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

13. AÐEINS FYRIR KONUR — KARLAR SNÚI SÉR AÐ SPURNINGU 14

Hefur þú nokkurn tímann tekið eftir einkennum frá öndunarfærum (eins og surgi, þyngslum fyrir brjósti eða mæði) á tilteknum tíma í tíðahringnum.

- a) Já, vikuna fyrir blæðingar.
- b) Já, meðan ég er á blæðingum.
- c) Já, vikuna eftir blæðingar.
- d) Já, á öðrum tíma tíðahrings.
- e) Á ekki við um mig (hætt á blæðingum).
- f) Nei.

Merkið í einn reit

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. Hefurðu nokkurn tímann fengið astma?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 15, ef 'Já':

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

14.1. Var það staðfest af lækni?

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

14.2. Hvað varstu gamall (gömul) í fyrsta skipti sem þú fékkst astmakast?

Aldur

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

14.3. Hvað varstu gamall (gömul) þegar þú fékkst astmakast síðast?

Aldur

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

14.4. Í hvaða mánuðum ársins færðu venjulega astmaköst?

Nei	Já
<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"/>

- 14.4.1. Janúar / Febrúar
- 14.4.2. Mars / Apríl
- 14.4.3. Maí / Júní
- 14.4.4. Júlí / Ágúst
- 14.4.5. September / Október
- 14.4.6. Nóvember / Desember

14.5. Hefurðu fengið astmakast á síðustu 12 mánuðum?

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 14.8, ef 'Já':

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

14.6. Hve mörg astmaköst hefurðu fengið síðustu 12 mánuðina?

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

14.7. Hve mörg astmaköst hefurðu fengið á síðustu 3 mánuðum?

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

14.8. Hve oft hefur þú vaknað vegna astma á síðustu 3 mánuðum?

- Á hverri nóttu eða nánast á hverri nóttu.
- Oftar en einu sinni í viku en þó ekki flestar nætur.
- Oftar en tvisvar í mánuði en þó ekki oftar en vikulega.
- Sjaldnar en tvisvar í mánuði.
- Aldrei.

Merkið í einn reit

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

14.9. Hve oft hefur þú átt erfitt með að anda vegna astma síðustu 3 mánuði?

- Alltaf.
- Um það bil einu sinni á dag.
- Oftar en einu sinni í viku, en sjaldnar en einu sinni á dag.
- Sjaldnar en einu sinni í viku.
- Aldrei.

Merkið í einn reit

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

14.10. Ertu að taka nokkur lyf við astma núna, þar með talið innsogslyf, innúðalyf og astmatöflur?

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

14.11. Ertu með lofthraðamæli til eigin nota?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 14.12, ef 'Já':

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

14.11.1. Hve oft hefur þú notað hann síðustu 3 mánuði?

- Aldrei
- Suma daga
- Flesta daga

Merkið í einn reit

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

14.12. Ertu með skriflegar leiðbeiningar frá þínum lækni hvernig þú átt að fara að, ef astminn versnar eða ef þú færð kast?

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

14.13. **AÐEINS FYRIR KONUR — KARLAR SNÚI SÉR AÐ SPURNINGU 15**

Hefurðu nokkurn tímann tekið eftir því að astminn versni í tengslum við tíðahringinn?

- Já, vikuna fyrir blæðingar.
- Já, meðan ég er á blæðingum.
- Já, vikuna eftir blæðingar.
- Já, á öðrum tíma tíðahrings.
- Á ekki við um mig (hætt á blæðingum).
- Nei.

Merkið í einn reit

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

- 14.14. Hefurðu verið barnshafandi ( í a.m.k. 25 vikur) síðan astminn byrjaði hjá þér?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 15, ef 'Já':

Nei Já

- 14.14.1. Hvað gerðist með astmann meðan þú varst barnshafandi?

- a) Varð betri.  
b) Varð verri.  
c) Var óbreyttur.  
d) Misjafnt eftir meðgöngum.  
e) Veit ekki.

Merkið í einn reit

1   
2   
3   
4   
5

Nei Já

15. Hefurðu haft nokkuð ofnæmi í nefi, þar með talið frjókvef?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 16, ef 'Já':

- 15.1. Hvað varstu gamall (gömul) þegar þú fékkst fyrst frjókvef í nef?

Ár

16. Hefur þú átt í vandræðum með hnerra eða nefrennsli eða nefstíflur án þess þú værir kvefaður eða með flensu?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 17, ef 'Já':

Nei Já

- 16.1. Hefur þú átt í vandræðum með hnerra eða nefrennsli eða nefstíflur án þess þú værir kvefaður eða með flensu síðustu 12 mánuði?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 17, ef 'Já':

Nei Já

- 16.1.1. Hefur þig auk nefeinkenna einnig klæjað í augun og tárast?

Nei Já

- 16.1.2. Hvaða mánuði ársins fékkstu þessi nefeinkenni?

- a) Janúar.  
b) Febrúar.  
c) Mars.  
d) Apríl.  
e) Maí.  
f) Júní.  
g) Júlí.  
h) Ágúst.  
i) September.  
j) Október.  
k) Nóvember.  
l) Desember.

Nei Já

17. Hefurðu notað nokkur lyf við nefópægindum síðan þú tókst þátt í síðustu könnun?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 18, ef 'Já':

Nei Já

- 17.1. Hefurðu notað eithvert af þessum lyfjaformum til að meðhöndla nefópægindin?

Nei Já

**SÝNDUR LISTI YFIR STERAINNSOGLYF OG STERAINNÚÐALYF TIL NOTKUNAR Í NEF.**

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 17.2 ef 'Já':

- 17.1.1. Hve mörg ár hefurðu notað þetta lyfjaform? Ár
- 17.1.2. Hefurðu notað nokkurt þessara innsog- eða innúðlyfja á síðustu 12 mánuðum? Nei Já
- 17.2. Hefurðu notað nokkurt af eftirfarandi pillum, hylkjum og töflum til að meðhöndla nefópægindin?  
**SÝNDUR LISTI YFIR ANDHISTAMÍNLYF**  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 18, ef 'Já': Nei Já
- 17.2.1. Hve mörg ár hefur þú tekið svona pillur, hylki eða töflur? Ár
- 17.2.2. Hefurðu notað nokkurt af þessum pillum, hylkjum eða töflum á síðustu 12 mánuðum? Nei Já
18. Hefurðu nokkurn tímann haft eksem eða einhvers konar húðofnæmi? Nei Já
19. Hefurðu nokkurn tímann haft klæjandi útbrot sem voru að koma og fara í að minnsta kosti 6 mánuði?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 20, ef 'Já': Nei Já
- 19.1. Hefurðu haft þessi klæjandi útbrot síðustu 12 mánuði?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 20, ef 'Já': Nei Já
- 19.1.1. Hafa þessi klæjandi útbrot nokkurn tímann komið fram á eftirfarandi stöðum:  
Olnbogabætur, hnésbætur, framan á ökklum, neðan við rasskinnar, kringum hálsinn, eyrun eða augun. Nei Já
20. Hefurðu nokkurn tímann lent í efiðleikum með að anda **eftir** að hafa tekið lyf?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 21, ef 'Já': Nei Já
- 20.1-2 Hvaða lyf voru það? \_\_\_\_\_ 20.1.1.   
20.1.2.
21. Hve gömul var móðir þín þegar þú fæddist? Aldur
22. Hve oft flutti fjölskyldan á fyrstu fimm árum ævi þinnar?  
a) Aldrei.  
b) Einu sinni.  
c) Oftar en einu sinni. Merkið í einn reit  
1   
2   
3   
Nei Já
23. Þurftir þú að fara á spítala vegna lungnasjúkdóms áður en þú varðst tveggja ára?
24. Hvað varstu gamall þegar þú fórst fyrst að sækja skóla, leikskóla eða vera hjá dagmömmu? Aldur
25. Hve mörg önnur börn sváfu reglulega í sama svefnherbergi og þú áður en þú varðst fimm ára? Börn

Nú vil ég spyrja þig um fyrri störf. Ég hef áhuga á öllum störfum sem þú sinntir lengur en 3 mánuði samfleytt eftir að þú tókst þátt í könnuninni 1991-2.



31. Hefur þú, frá því síðasta könnun fór fram, lent í slysi heima, á vinnustað eða annars staðar, þar sem þú varst útsettur fyrir mikilli gufu, gasi, ryki eða reyk?  
Ef 'Já'

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

31.1. Fékkstu þá einkenni frá öndunarfærum?

Ef 'Já'

31.1.1. Hvernig lýstu einkennin sér?

32. Á hvaða aldri laukstu skólagöngu? (aldur í árum)

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

33. Hve oft stundarðu líkamsþjálfun í þeim mæli að þú verðu móður eða svitnar?

- a) Daglega.  
b) 4-6 sinnum í viku.  
c) 2-3 svar í viku.  
d) Einu sinni í viku.  
e) Einu sinni í mánuði.  
f) Sjaldnar en einu sinni í mánuði.  
g) Aldrei.

Merkið í einn reit	
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"/>

34. Hve marga klukkutíma í viku stundarðu líkamsþjálfun í þeim mæli að þú verður móður eða svitnar?

- a) Aldrei  
b) Um það bil hálf tíma í viku.  
c) Um það bil 1 klukkustund.  
d) Um 2-3 stundir í viku.  
e) Um 4-6 stundir í viku.  
f) Sjö stundir eða meira.

Merkið í einn reit	
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>

35. Forðastu að reyna verulega á þig vegna surgs fyrir brjósti eða astma?

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

36. Hvað ár var húsið, sem þú býrð í byggt?

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

37. Býrðu á sama stað og þegar þú svaraðir síðast (1991)?  
Ef 'Já', svaraðu næst sp. 38, ef 'Nei':

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

37.1. Hve oft hefurðu flutt síðan 1991?

Hve oft	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

37.2. Hve mörg ár hefurðu búið á núverandi heimili þínu?

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

37.3. Hvar býrðu nú?

- a) Heimili annars staðar en það er ennþá á Stór-Reykjavíkur svæðinu.  
b) Heimili utan Stór-Reykjavíkursvæðis en þó á Íslandi.  
c) Heimili nú erlendis.

Merkið í einn reit	
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

37.3.1. Ef erlendis, í hvaða landi? \_\_\_\_\_

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

37.4. Hvaða lýsing á best við um bygginguna þar sem þú býrð?

- a) Húsvagn eða hjólhýsi.
- b) Einbýlishús.
- c) Raðhús eða parhús.
- d) Tvíbýlishús.
- e) Hús fyrir þrjár eða fjórar fjölskyldur.
- f) Hús fyrir fimm eða fleiri fjölskyldur (blokk).
- g) Bátur, tjald eða sendiferðabíll.
- h) Annað. \_\_\_\_\_

Merkið í einn reit

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

38. Hvað af eftirfarandi á við um heimili þitt?

- 38.1. Hitaveita
- 38.2. Geislahitun
- 38.3. Loftræstikerfi

Nei Já

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

39. Hvað af eftirfarandi notar þú til húshitunar eða upphitunar vatns?

- 39.1. Kola-, koks- eða viðareldur.
- 39.2. Gashellur (óvarinn eldur).
- 39.3. Rafmagnsofn.
- 39.4. Hitun með paraffínofni.
- 39.5. Gasofn (boiler).
- 39.6. Olíuofn (boiler).
- 39.7. Færanlegur gasofn.
- 39.8. Annað: \_\_\_\_\_

Nei Já

<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. Hvers konar eldavél notarðu mest?

- a) Kol, koks eða við (fast eldsneyti).
- b) Gas (úr meginlögn).
- c) Rafmagn.
- d) Paraffín (steinolía).
- e) Örbylgjuofn.
- f) Gas á kútum.
- g) Annað.

Merkið í einn reit

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. Ef þú notar gas við eldamennskuna:  
Hvort notar þú?

- 40.1.1. Gashella (gas hob).
- 40.1.2. Gasofn.

Nei Já

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

41. Hvers konar eldavél var mest notuð á heimilinu þegar þú varst 5 ára?

- a) Kol, koks eða viður (fast eldsneyti).
- b) Gas (úr meginlögn).
- c) Rafmagn.
- d) Paraffín (steinolía).
- e) Gas á kútum.
- f) Veit ekki.
- g) Annað: \_\_\_\_\_

Merkið í einn reit

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. Hve löngum tíma, á dag síðustu 4 vikur, hefur þú eytt yfir eldavélinni við matseld að jafnaði?

Mínútur

--	--	--

43. Varstu, á þessum síðustu 4 vikum, með glugga eða dyr opnar út meðan þú varst að elda?

- a) Megnið af tímanum.
- b) Hluta af tímanum.
- c) Sjaldan eða bara einstaka sinnum.
- d) Það er enginn gluggi eða dyr á eldhúsinu sem hægt er að opna út.

Merkið í einn reit

1	
2	
3	
4	

Nei Já Veit ekki

--	--	--

44. Ertu með gufugleypir yfir eldavélinni?  
Ef 'Nei' eða 'Veit ekki' svaraðu næst sp. 45, ef 'Já':

44.1. Hefurðu gufugleypinn á þegar þú ert að elda?

- a) Allan tímann.
- b) Hluta tímans.
- c) Aldrei.

Merkið í einn reit

1	
2	
3	

Nei Já Veit ekki

--	--	--

44.2. Er gufan/reykurinn leidd út úr húsinu?

45. Hvað af eftirfarandi á við um það herbergi heima, sem þú notar mest á daginn?

- 45.1. Teppí, horn í horn.
- 45.2. Mottur.
- 45.3. Lakkað gólf.

Nei Já


46. Hve gamalt er elsta teppið eða mottan heima í herberginu, sem þú notar mest á daginn?

- a) Innan við árgamalt.
- b) 1-5 ára.
- c) Eldra en 5 ára.

Merkið í einn reit

1	
2	
3	

47. Á hvaða hæð er herbergið heima, sem þú notar mest á daginn?  
(neðsta hæð byggingar er 00).

Hæð

--	--

48. Hvað af eftirfarandi á við um svefnherbergið þitt?

- 48.1. Teppí, horn í horn.
- 48.2. Mottur.
- 48.3. Lakkað gólf.

Nei Já


49. Hve gamalt er elsta teppið eða mottan í svefnherbergi þínu?

- a) Innan við árgamalt.
- b) 1-5 ára.
- c) Eldra en 5 ára.

Merkið í einn reit


50. Hve gömul er dýnan í rúminu þínu?

- a) Innan við árgömul.
- b) 1-5 ára.
- c) Eldri en 5 ára.

Merkið í einn reit


51. Á hvað hæð í byggingunni er svefnherbergi þitt? (neðsta hæð = 00)

Hæð

--	--

Nei Já

--	--

52. Sefur þú við opna glugga að næturlagi á veturna?

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 53, ef 'Já':

52.1. Sefur þú við opna glugga?

- a) Alltaf.
- b) Stundum.
- c) Bara einstaka sinnum.

Merkið í einn reit

1	
2	
3	

53. Hefur orðið vatnsskaði í byggingunni eða einstaka hlutum hennar t.d. vegna bilaðra pípulagna, leka vegna rigningar eða flóða?

Ef 'Já':

Nei	Já	Veit ekki

53.1. Hefur orðið einhver vatnsskaði síðustu 12 mánuði?

Nei	Já	Veit ekki

54. Hefurðu á síðustu 12 mánuðum orðið var við vota eða raka fleti heima á veggjum, veggfóðri, lofti, eða í teppum)? (þó ekki í kjallara)

Nei Já

--	--

55. Hefur verið einhver mygla eða fúkki á veggjum eða flötum innan heimilisins (þó ekki á timbri)?

Ef 'Nei' eða 'Veit ekki' svaraðu næst sp. 56, ef 'Já':

Nei	Já	Veit ekki

55.1.1-6. Í hvaða herbergjum?

- 55.1.1. Baðherbergi.
- 55.1.2. Svefnherbergi.
- 55.1.3. Stofa.
- 55.1.4. Eldhús.
- 55.1.5. Kjallari eða háloft.
- 55.1.6. Annað: \_\_\_\_\_

Nei Já


55.2. Hefur verið einhver yfirborðsmygla eða fúkki í húsinu á síðustu 12 mánuðum?

Nei Já

--	--

Með skala frá 1-10 geturðu tjáð þig varðandi spurningarnar um loftmengun. Þú getur gefið til kynna hvenær þú ferð að finna fyrir óþægindum. 0 táknar 'alls engin óþægindi' 10 táknar 'gersamlega óþolandi'.

56. Hve miklum óþægindum finnurðu fyrir vegna loftmengunar (frá umferð, iðnaði og svo framvegis), ef þú hefur opna glugga?

	10
	9
	8
	7
	6
	5
	4
	3
	2
	1
	0

Gersamlega óþolandi óþægindi.

Finn ekki fyrir neinum óþægindum.

--

--	--

**ÞEIR SEM EKKI Hafa FLUTT síðan síðasta EVRÓPURANNSÓKN FÓR FRAM (Ath. Að bera saman við svör við spurningu 37) SVARI NÆST SPURNIGU 58.**

**ÞEIR SEM Hafa FLUTT síðan síðasta KÖNNUN FÓR FRAM SVARI NÆST SPURNINGU 57.**

57. Hve miklum óþægindum fannst þú fyrir vegna loftmengunar (frá umferð, iðnaði og svo framvegis), þar sem þú bjóst síðast þegar þú hafðir opna glugga?

	10	Gersamlega óþolandi óþægindi.
	9	
	8	
	7	
	6	
	5	
	4	
	3	
	2	
	1	
	0	Finn ekki fyrir neinum óþægindum.

--	--

58. Hve oft fara bílar fram hjá heimili þínu?

- a) Stöðugt.
- b) Oft.
- c) Sjaldan.
- d) Aldrei.

Merkið í einn reit

1	
2	
3	
4	

59. Hve oft fara þungavinnubílar (t.d. trukkar og strætisvagnar) fram hjá heimili þínu?

- a) Stöðugt.
- b) Oft.
- c) Sjaldan.
- d) Aldrei.

Merkið í einn reit

1	
2	
3	
4	

60. Hvað af eftirfarandi ráðstöfunum, síðan 1991, hefur þú gert til að minnka ofnæmisvaka eða útsetningu fyrir ofnæmisvaka á heimili þínu?

- 60.1. Skipt út teppum fyrir teppalaust í herberginu, sem þú notar mest.
- 60.2. Skipt út teppum fyrir teppalaust í svefnherberginu.
- 60.3. Sett nýtt teppi á herbergið, sem þú notar mest.
- 60.4. Sett nýtt teppi á svefnherbergið.
- 60.5. Notað spray gegn rykmaurum.
- 60.6. Notað ofnæmisprófað dýnuver.
- 60.7. Selt, gefið eða á annan hátt losað þig við hund eða kött.

	Nei	Já

61. Ertu með kött (ketti) heima?

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 62, ef 'Já':

- 61.1. Er kettinum (köttunum) leyft að fara um innanhúss?
- 61.2. Er kettinum (köttunum) leyft að vera í svefnherberginu?

	Nei	Já

62. Ertu með hund (hunda) heima?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 63, ef 'Já':

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

62.1. Er hundinum (hundunum) leyft að fara um innanhúss?  
62.2. Er hundinum (hundunum) leyft að vera í svefnherberginu?

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

63. Ertu með fugla heima?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 64, ef 'Já':

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

63.1. Eru einhverjir þessara fugla hafðir innanhúss?

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

64. Var köttur hér áður á heimili þínu?

64.1. Þegar þú varst á fyrsta árinu?  
64.2. Þegar þú varst á aldrinum 1-4 ára.  
64.3. Þegar þú varst á 5-15 ára aldri.

Nei	Já	Veit ekki
<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"/>

65. Var hundur hér áður á heimili þínu?

65.1. Þegar þú varst á fyrsta árinu?  
65.2. Þegar þú varst á aldrinum 1-4 ára.  
65.3. Þegar þú varst á 5-15 ára aldri.

Nei	Já	Veit ekki
<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"/>

66. Voru fuglar hér áður á heimili þínu?

66.1. Þegar þú varst á fyrsta árinu?  
66.2. Þegar þú varst á aldrinum 1-4 ára.  
66.3. Þegar þú varst á 5-15 ára aldri.

Nei	Já	Veit ekki
<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"/>

67. Hvað af eftirfarandi lýsir best staðnum þar sem þú bjóst lengst af meðan þú varst undir 5 ára aldri?

- a) Bóndabær.
- b) Sveitaþorp úti á landi.
- c) Bær (Kaupstaður).
- d) Úthverfi borgar.
- e) Miðvæðis í borg.

	Merkið í einn reit
1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>

68. Ef þú kemur nálægt dýrum eins og köttum, hundum eða hestum, gerist þá nokkurn tíma\_?

68.1. að þú ferð að hósta.  
68.2. að þú færð surg fyrir brjósti.  
68.3. að þú finnur fyrir þyngslum fyrir brjósti.  
68.4. að þú finnur fyrir mæði.  
68.5. að það fari að leka úr nefinu eða þú fái nefstíflu eða farir að hnerra.  
68.6. að það fari að klæja í augun og þú tárast.

Nei	Já
<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. Ef þú ert á ryksælum stað heima eða innan um kotta og ábreiður gerist þá nokkurn tíma\_?

- 69.1. að þú ferð að hósta.
- 69.2. að þú færð surg fyrir brjóst.
- 69.3. að þú finnst fyrir þyngslum fyrir brjósti.
- 69.4. að þú finnst fyrir mæði?
- 69.5. að það fari að leka úr nefinu eða þú fái nefstíflu eða farir að hnerra.
- 69.6. að það fari að klæja í augun og þú tárast.

Nei	Já
<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. Ef þú ert nálægt trjágróðri, grösum eða blómum eða þegar mikið frjómagn er í lofti, gerist þá nokkurn tíma\_?

- 70.1. að þú ferð að hósta.
  - 70.2. að þú færð surg fyrir brjóst.
  - 70.3. að þú finnst fyrir þyngslum fyrir brjósti.
  - 70.4. að þú finnst fyrir mæði?
  - 70.5. að það fari að leka úr nefinu eða þú fái nefstíflu eða farir að hnerra.
  - 70.6. að það fari að klæja í augun og þú tárast.
- Ef 'Já' VIÐ EINHVERJU AÐ OFAN:

Nei	Já
<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"/>

- 70.7.1-4. Á hvaða tíma árs gerist það?
- 70.7.1. Á veturna.
- 70.7.2. Á vorin.
- 70.7.3. Á sumrin.
- 70.7.4. Á haustin.

Nei	Já
<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. Hve oft borðar þú mat tilreiddan í neytendaumbúðum eins og dósamat eða frystan tilbúinn mat?

- a) Daglega eða flesta daga.
- b) Að minnsta kosti einu sinni í viku.
- c) Sjaldnar en einu sinni í viku.

Merkið í einn reit

1

2

3

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

72. Færðu þér snarl milli mála?  
Ef 'Nei' svaraðu næst 73, ef 'Já':

- 72.1-3. Hvað myndir þú fá þér sem snarl a.m.k. einu sinni í viku?
- 72.1. Saltkex eða kryddað kex og / eða hrökkbrauð / flögur.
- 72.2. Sætindi, súkkulaði eða sætabrauð.
- 72.3. Ávexti eða grænmeti.

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

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

73. Hefurðu nokkurn tímann veikst eða orðið illt af að borða einhverja sérstaka fæðu eða mat?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 74, ef 'Já':

- 73.1. Hefurðu **næstum alltaf** veikst með sama hætti eða orðið illt á sama hátt eftir að hafa borðað þessa sérstöku fæðu?  
Ef 'NEI' svaraðu næst sp. 74, ef 'JÁ':

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

73.1.1. Hvers konar fæða eða matur var þetta.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

73.1.2.1-6. Lýsti þetta sér með?

73.1.2.1. Útbrotum eða kláða.

73.1.2.2. Niðurgangi eða uppköstum.

73.1.2.3. Nefrennsli eða nefstíflu.

73.1.2.4. Slæmum höfuðverk.

73.1.2.5. Mæði.

73.1.2.6. Annað \_\_\_\_\_

Nei Já


Nei Já

--	--

74. Hefurðu nokkurn tímann reykt í að minnsta kosti eitt ár?

(‘Já’ þýðir minnst 20 pakkur af sígarettum (400 sígarettur um ævina) eða 360 g af tóbaki um ævina; eða að minnsta kosti ein sígarett á dag eða einn vindill á viku í eitt ár.)

Ef ‘Nei’ svaraðu næst sp. 75, ef ‘Já’:

74.1. Hvað varstu gamall þegar þú byrjaðir að reykja?

Aldur

--	--

Nei Já

--	--

74.2. Reykirðu núna, þ.e. eitthvað í síðasta mánuði?

Ef ‘Nei’ svaraðu næst 74.3, ef ‘Já’:

74.2.1-4. Hve mikið reykir þú nú að meðaltali?

74.2.1. Sígarettufjöldi á dag.

74.2.2. Smávindlafjöldi á dag.

74.2.3. Vindlafjöldi á viku.

74.2.4. Píputóbak í grömmum á viku (1 pk.=50g).

Fjöldi


Nei Já

--	--

74.3. Hefurðu hætt að reykja eða minnkað reykningar?

Ef ‘Nei’ svaraðu næst sp. 74.4, ef ‘Já’:

74.3.1. Hve gamall (gömul) varstu þegar þú hættir eða minnkaðir reykningar?

Aldur

--	--

74.3.2.1-4. Hve mikið reyktirðu, að meðaltali, allan tímann, áður en þú hættir eða minnkaðir reykningar?

74.3.2.1. Sígarettufjöldi á dag.

74.3.2.2. Smávindlafjöldi á dag.

74.3.2.3. Vindlafjöldi á viku.

74.3.2.4. Píputóbak í grömmum á viku (1 pk.=50g).

Fjöldi


Nei Já

--	--

74.4. Andarðu inn reyknun þegar þú reykir?

75. Hefurðu lent reglulega í tóbaksreyk síðustu 12 mánuði (reglulega þýðir flesta daga eða nætur).

Ef ‘Nei’ svaraðu næst sp. 76, ef ‘Já’:

75.1. Hve margir reykja reglulega á heimili þínu? (teldu ekki sjálfan (sjálfa) þig með).

Nei Já

--	--

75.2. Er reykt reglulega í herberginu þar sem þú ert við vinnu þína?

Nei Já

--	--

75.3. Hve margar stundir á sólarhring ertu útsettur fyrir tóbaksreyk annarra?

Stundir

--	--

75.4. Hve margar klukkustundir á sólarhring ertu útsettur fyrir tóþaksreyk annara á eftirfarandi stöðum?

- a) Heima
- b) Á vinnustað
- c) Á vínveitingastöðum, veitingahúsum eða sambærilegu
- d) Annarsstaðar

Stundir	

Nei	Já

76. Hefurðu notað nokkur innöndunarlyf einhvern tímann síðustu 12 mánuði (við önduninni)? Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 77, ef 'Já':

Hvað hefurðu notað á síðustu 12 mánuðum?

Nei	Já

76.1. Stuttverkandi beta-2 hermar (beta-2-agonist inhalers).

(Lyfjaform með beta hermunum og sterum eiga heima undir 76.5).

76.1.1. Ef 'JÁ' hvaða sérlyf? \_\_\_\_\_

76.1.2. Hvaða form af innöndunarlyfi notarðu? \_\_\_\_\_


76.1.3. Hver er styrkur á skammt (spray, duft, míkrogrömm).

--	--	--	--

76.1.4. Hvernig hefurðu notað innöndunarlyfin síðustu 3 mánuði?

- a) Eftir þörfum.
- b) Í stuttum tímabilum.
- c) Samfelld.
- d) Ekkert.

Merkið í einn reit	
1	
2	
3	
4	

Ef svar við 76.1.4 er 'Eftir þörfum':

76.1.5. Fjöldi skammta (spray eða duft) á mánuði.

--	--

Ef svar við 76.1.4 er 'Í stuttum tímabilum':

76.1.6. Fjöldi tímabila.

76.1.7. Fjöldi skammta á dag.

76.1.8. Meðalfjöldi notkunardaga í mánuði.


Ef svar við 76.1.4 er 'Samfelld':

76.1.9. Fjöldi skammta á dag.

Nei	Já

76.2. Langverkandi beta2 hermar (innöndunarlyf)

(Lyfjaform með betahermunum og sterum eiga heima undir 76.5).

76.2.1. Ef 'JÁ' hvaða sérlyf? \_\_\_\_\_

76.2.2. Hvaða form af innöndunarlyfi notarðu? \_\_\_\_\_


76.2.3. Hver er styrkur á skammt (spray, duft, míkrogrömm).

--	--

76.2.4. Hvernig hefurðu notað innöndunarlyfin síðustu 3 mánuði?

- a) Eftir þörfum.
- b) Í stuttum tímabilum.
- c) Samfelld.
- d) ekkert.

Merkið í einn reit	
1	
2	
3	
4	

Ef svar við 76.2.4 er 'Eftir þörfum':

76.2.5. Fjöldi skammta (spray eða duft) á mánuði.

--	--

Ef svar við 76.2.4 er 'Í stuttum tímabilum':

76.2.6. Fjöldi tímabila.

76.2.7. Fjöldi skammta á dag.

76.2.8. Meðalfjöldi notkunardaga á mánuði.


Ef svar við 76.2.4 er 'samfellt':

76.2.9. Fjöldi skammta á dag.

--	--

76.3. Ósérhæfð adrenerg innöndunarlyf

Ef 'Já' hvaða sérlyf? \_\_\_\_\_

--	--

--	--

Nei Já

76.4. Andmúskarín innöndunarlyf

--	--

76.4.1. Ef 'JÁ' hvaða sérlyf? \_\_\_\_\_

76.4.2. Hvaða form af innöndunarlyfi notarðu? \_\_\_\_\_

--	--

--	--

76.4.3. Hver er styrkur á skammt (spray, duft, míkrogrömm).

--	--	--

76.4.4. Hvernig hefurðu notað innöndunarlyfin síðustu 3 mánuði?

- a) Eftir þörfum.
- b) Í stuttum tímabilum.
- c) Samfellt.
- d) Ekkert

Merkið í einn reit

1	
2	
3	
4	

Ef svar við 76.4.4 er 'Eftir þörfum':

76.4.5. Fjöldi skammta (spray eða duft) á mánuði.

--	--

Ef svar við 76.4.4 er 'Í stuttum tímabilum':

76.4.6. Fjöldi tímabila.

76.4.7. Fjöldi skammta á dag.

76.4.8. Meðalfjöldi notkunardaga á mánuði.

--	--

--	--

--	--

Ef svar við 76.4.4 er 'samfellt':

76.4.9. Fjöldi skammta á dag.

--	--

Nei Já

76.5. Sterar í innöndun

--	--

76.5.1. Ef 'Já' hvaða sérlyf? \_\_\_\_\_

76.5.2. Hvaða form af innöndunarlyfi notarðu? \_\_\_\_\_

--	--

--	--

76.5.3. Hver er styrkur á skammt (spray, duft, míkrogrömm).

--	--	--	--



**76.5.4.** Hvernig hefurðu notað innöndunarlyfin síðustu 3 mánuði?

- a) Eftir þörfum.
- b) Í stuttum tímabilum.
- c) Samfelld.
- d) ekkert

Merkið í einn reit

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

Ef svar við 76.5.4 er '**Eftir þörfum**':

**76.5.5.** Fjöldi skammta (spray eða duft) á mánuði.

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

Ef svar við 76.5.4 er '**Í stuttum tímabilum**':

**76.5.6.** Fjöldi tímabila.

**76.5.7.** Fjöldi skammta á dag.

**76.5.8.** Meðalfjöldi notkunardaga á mánuði.

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

Ef svar við 76.5.4 er '**samfelld**':

**76.5.9.** Fjöldi skammta á dag.

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

Nei Já

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

**76.6.** Krómóglýkat / nedókrómíl í innöndun:

**76.6.1.** Ef 'Já' hvaða sérlyf? \_\_\_\_\_

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

**76.6.2.** Hver er styrkur á skammt (spray, duft, míkrogrömm).

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

**76.6.3.** Hvernig hefurðu notað innöndunarlyfin síðustu 3 mánuði?

- a) Eftir þörfum.
- b) Í stuttum tímabilum.
- c) Samfelld.
- d) Ekkert

Merkið í einn reit

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

Ef svar við 76.6.3 er '**Eftir þörfum**':

**76.6.4.** Fjöldi skammta (spray eða duft) á mánuði.

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

Ef svar við 76.6.3 er '**Í stuttum tímabilum**':

**76.6.5.** Fjöldi tímabila.

**76.6.6.** Fjöldi skammta á dag.

**76.6.7.** Meðalfjöldi notkunardaga á mánuði.

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

Ef svar við 76.6.3 er '**samfelld**':

**76.6.8.** Fjöldi skammta á dag.

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

Nei Já

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

**76.7.** Önnur innöndunarlyf

**76.7.1.** Ef 'JÁ' hvaða lyf? \_\_\_\_\_

**76.7.2.** Hvaða sérlyf (hvaða form innöndunarlyfs) \_\_\_\_\_

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

**76.7.3.** Hver er styrkur á skammt (míkrogrömm)?

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

77. Hefurðu nokkru sinni notað pillur, hylki, töflur eða lyf önnur en innöndunarlyfin til að léttu öndunina síðustu 12 mánuði?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 78, EF 'Já':  
Hvert eftirfarandi lyfja hefurðu notað síðustu 12 mánuði?

Nei Já

## 77.1. Beta hermar í inntöku.

Nei Já

- 77.1.1. Ef 'Já' hvaða (sérlyfjaheiti)? \_\_\_\_\_  
77.1.2. Hvaða styrkleiki?

- 77.1.3. Hvernig hefurðu notað þessi lyf síðustu 3 mánuði?

- a) Eftir þörfum.  
b) Í stuttum tímabilum.  
c) Samfelld.  
d) Ekkert.

Merkið í  
einn reit  
1   
2   
3   
4

Ef svar við 77.1.3 er 'Eftir þörfum':

- 77.1.4. Fjöldi taflna á mánuði.

Ef svar við 77.1.3 er 'Í tímabilum':

- 77.1.5. Fjöldi tímabila.  
77.1.6. Töflufjöldi á dag.  
77.1.7. Meðalfjöldi notkunardaga í mánuði.

Ef svar við 77.1.3 er 'Samfelld':

- 77.1.8. Töflufjöldi á dag.

Nei Já

## 77.2. Metýlxantín í inntöku

- 77.2.1. Ef 'Já' hvaða (sérlyfjaheiti)? \_\_\_\_\_  
77.2.2. Hvaða styrkleiki?

- 77.2.3. Hvernig hefurðu notað þessi lyf síðustu 3 mánuði?

- a) Eftir þörfum.  
b) Í stuttum tímabilum.  
c) Samfelld.  
d) Ekkert.

Merkið í  
einn reit  
1   
2   
3   
4

Ef svar við 77.2.3 er 'Eftir þörfum':

- 77.1.4. Fjöldi taflna á mánuði.

Ef svar við 77.2.3 er 'Í tímabilum':

- 77.2.5. Fjöldi tímabila.  
77.2.6. Töflufjöldi á dag.  
77.2.7. Meðalfjöldi notkunardaga í mánuði.

Ef svar við 77.2.3 er 'Samfelld':

- 77.2.8. Töflufjöldi á dag.

77.3. Sterar í inntöku

Nei Já

--	--

77.3.1. Ef 'Já' hvaða sérlyfjaheiti? \_\_\_\_\_

77.3.2. Hvaða styrkleiki? \_\_\_\_\_


77.3.3. Hvernig hefurðu notað þessi lyf síðustu 12 mánuði?

- a) Eftir þörfum.
- b) Í stuttum tímabilum.
- c) Samfelld.
- d) Ekkert

Merkið í einn reit

1	
2	
3	
4	

Ef svar við 77.3.3 er 'Eftir þörfum':

77.3.4. Fjöldi taflna á mánuði.

--	--

Ef svar við 77.3.3 er 'Í tímabilum':

77.3.5. Fjöldi tímabilum.

77.3.6. Töflufjöldi á dag.

77.3.7. Meðalfjöldi notkunardaga í mánuði.


Ef svar við 77.3.3 er 'Samfelld':

77.3.8. Töflufjöldi á dag.

--	--

77.3.9. Hefurðu notað steratöflur síðustu 3 mánuði?

Nei Já

--	--

Nei Já

--	--

77.4. Andlevkótrín í inntöku

77.4.1. Ef 'Já' hvaða (sérlyfjaheiti)? \_\_\_\_\_

--	--

77.4.2. Hvaða styrkleiki? \_\_\_\_\_

--	--	--

77.4.3. Hvernig hefurðu notað þessi lyf síðustu 3 mánuði?

- a) Eftir þörfum.
- b) Í stuttum tímabilum.
- c) Samfelld.
- d) Ekkert

Merkið í einn reit

1	
2	
3	
4	

Ef svar við 77.4.3 er 'Eftir þörfum':

77.4.4. Fjöldi taflna á mánuði.

--	--

Ef svar við 77.4.3 er 'Í tímabilum':

77.4.5. Fjöldi tímabila.

77.4.6. Töflufjöldi á dag.

77.4.7. Meðalfjöldi notkunardaga í mánuði.


Ef svar við 77.4.3 er 'Samfelld':

77.4.8. Töflufjöldi á dag.

--	--

Nei Já

## 77.5. Ketótífen í inntöku

 

77.5.1. Ef 'Já' hvaða (sérlyfjaheiti)? \_\_\_\_\_

 

77.5.2. Hvaða styrkleiki?

77.5.3. Hvernig hefurðu notað þessi lyf síðustu 3 mánuði?

Merkið í  
einn reit

a) Eftir þörfum.

1

b) Í stuttum tímabilum.

2

c) Samfeltt.

3

d) Ekkert

4

Ef svar við 77.5.3 er 'Eftir þörfum':

77.5.4. Fjöldi taflna á mánuði.

 

Ef svar við 77.5.3 er 'Í tímabilum':

77.5.5. Fjöldi tímabila.

 

77.5.6. Töflufjöldi á dag.

 

77.5.7. Meðalfjöldi notkunardaga í mánuði.

 

Ef svar við 77.5.3 er 'Samfeltt':

77.5.8. Töflufjöldi á dag.

 

Nei Já

78. Hefurðu nokkru sinni notað steralyf í innöndun síðan 1991?

 

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 79

78.1. Hvað varstu gamall þegar þú notaðir innöndunarstera fyrst?

Aldur

 

Nei Já

78.2. Hefurðu notað innöndunarstera á hverju ári síðan 1991?

 

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 78.3

78.2.1. Hve marga mánuði á ári, að meðaltali, hefurðu tekið innöndunarstera?  
(svaraðu næst sp. 79)

Mánuðir

 

78.3. Hve mörg ár frá 1991 hefurðu tekið innöndunarstera?

Ár

 

78.4. Hve marga mánuði á ári, að meðaltali, hefur tekið þá?

Mánuðir

 

79. Hefurðu fengið sprautumeðferð við ofnæmi síðan 1991?

Nei Já Veit ekki

  

Ef 'Nei' eða 'Veit ekki' svaraðu næst sp. 80, ef 'Já':

79.1. Hefurðu fengið sprautur við ofnæmi á síðustu 12 mánuðum?

Nei Já

 80. Hefurðu fengið nokkrar aðrar sprautur til að léttu öndunina einhvern  
tímann síðustu 12 mánuði?

Nei Já

 

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 81, ef 'Já':

80.1. Hvaða sprautur? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

81. Hefurðu á síðustu 12 mánuðum notað stíla í endaparm til að létta öndunina?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 82, ef 'Já':

Nei Já

81.1. Hvaða stíla? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


82. Hefurðu einhverju sinni á síðustu 12 mánuðum beitt nokkrum öðrum ráðum til að létta öndunina?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 83, ef 'Já':

Nei Já

82.1. Hvaða ráðum? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_


83. Hefur læknir þinn nokkurn tímann ávísað þér lyfjum vegna öndunarinnar þar með talið innöndunarlyfjum?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 84, ef 'Já':

Nei Já

83.1. Ef þér hefur verið ávísað lyfjum vegna öndunarinnar, tekurðu þá venjulega...?

- a) Allan lyfjaskammtinn.  
b) Næstum allan skammtinn.  
c) Hluta af skammtinum.  
d) Ekkert.

Merkið í einn reit  
1   
2   
3   
4

83.2. Þegar öndunin versnar og lyfjum er ávísað, hvernig tekurðu þá lyfið venjulega?

- a) Allan lyfjaskammtinn.  
b) Næstum allan skammtinn.  
c) Hluta af skammtinum.  
d) Ekkert.

Merkið í einn reit  
1   
2   
3   
4

83.3. Telurðu að það sé slæmt fyrir þig að taka lyfin reglulega (allan tímann) til að létta á önduninni?

Nei Já

83.4. Telurðu að þú eigir að taka eins stóra skammta og þú þarft á að halda til að losna við öll öndunaróþægindi?

Nei Já

84. Hefurðu síðan 1991 þurft að leita á bráðamóttöku vegna erfiðleika með öndunina?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 85, ef 'Já':

Nei Já

84.1. Hefurðu leitað á bráðamóttöku vegna erfiðleika með öndunina á síðustu 12 mánuðum?  
Ef 'Nei' svaraðu sp. 85, ef 'Já':

Nei Já

84.1.1 Var það vegna astma, mæði eða surgs fyrir brjósti?

Nei Já

84.1.2. Hve oft á síðustu 12 mánuðum?

Hve oft

85. Hefurðu þurft að liggja inni á spítala yfir nótt síðan 1991 vegna öndunarerfiðleika?  
Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 86, ef 'Já':

Nei Já

**85.1.** Hefurðu þurft að liggja inni á spítala yfir nótt vegna öndunarerfiðleika síðustu 12 mánuði?

Nei Já

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

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 86, ef 'Já':

**85.1.1.** Var það vegna astma, mæði eða surgs fyrir brjósti?

Nei Já

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

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 86, ef 'Já':

**85.1.2.** Hve marga legudaga hefurðu dvalið á eftirtöldum deildum síðustu 12 mánuði?

- a) Almenn lyflækningadeild
- b) Lungnadeild
- c) Endurhæfingardeild
- d) Gjörgæsludeild
- e) Annað

Fjöldi

<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"/>

Nei Já

**86.** Hefurðu síðan 1991 verið hjá lækni vegna erfiðleika með öndun eða vegna mæði? Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 87, ef 'Já':

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

**86.1.** Hefurðu verið hjá almennum heimilislækni vegna erfiðleika með öndun eða vegna mæði á síðustu 12 mánuðum?

Nei Já

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

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 86.4, ef 'Já':

**86.2.** Var það vegna astma, mæði eða surgs fyrir brjósti?

Nei Já

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

**86.3.** Hve oft hefurðu verið skoðaður af heimilislækni vegna erfiðleika með öndun eða mæði á síðustu 12 mánuðum á eftirtöldum stöðum?

- a) Í vitjun að degi til heima hjá þér.
- b) Á stofu hjá læknum.
- c) Í bráðavítjun heima hjá þér.
- d) Annars staðar.

Fjöldi

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

**86.4.** Hefurðu verið hjá sérfræðingi (lungnalækni, ofnæmislækni, sérfræðingi í l yflækisfræði, háls- nef- og eyrnalækni) vegna öndunarfæraþæginda eða mæði á síðustu 12 mánuðum? Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 87, ef 'Já':

Nei Já

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

**86.4.1.** Hve oft?

Fjöldi

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

**87.** Færðu reglulega endurkomutíma hjá lækni (eða hjúkrunarfræðingi) vegna astma, surgs fyrir brjósti eða mæði?

Nei Já

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

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 88, ef 'Já':

**87.1.** Færðu reglulega endurkomutíma hjá spítalalækni?

Nei Já

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

**87.2.** Færðu reglulega endurkomutíma hjá þínum heimilislækni?

Nei Já

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

**87.3.** Færðu reglulega endurkomutíma hjá hjúkrunarfræðingi?

Nei Já

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

88. Hve oft hefurðu leitað til eftirfarandi aðila vegna öndunarerfiðleika eða mæði á síðustu 12 mánuðum?

88.1. Hjúkrunarfræðings.

88.2. Sjúkraþjálfara.

88.3. Aðila sem stundar óhefðbundnar lækningar.

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

89. Hefurðu farið í skoðun eða rannsókn vegna astma, surgs eða mæði á síðustu 12 mánuðum?

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 90, ef 'Já':

Nei	Já
<input type="text"/>	<input type="text"/>

89.1. Hve oft á síðustu 12 mánuðum hefurðu farið í eftirfarandi rannsóknir?

a) Öndunarpróf á lungnarannsóknarstofu.

b) Húðpróf fyrir ofnæmi.

c) Blóðprufa fyrir ofnæmi.

d) Röntgenmynd.

Fjöldi	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nei	Já
<input type="text"/>	<input type="text"/>

90. Ertu að vinna núna?

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 90.2. ef 'Já':

90.1. Hve mörgum vinnudögum hefurðu tapað vegna astma, surgs fyrir brjósti eða mæði á síðustu 12 mánuðum?

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

90.2. Þurftirðu að láta af störfum vegna astma, surgs eða mæði á síðustu 12 mánuðum?

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 91. ef 'Já':

Nei	Já
<input type="text"/>	<input type="text"/>

90.2.1. Hvenær?

Dagur	Mánuður	Ár
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

91. Hafa verið einhverjir dagar þar sem þú hefur ekki getað sinnt börnum, stundað heimilisstörf eða nám vegna astma, surgs eða mæði á síðustu 12 mánuðum?

Ef 'Nei' svaraðu næst sp. 93, ef 'Já':

Nei	Já
<input type="text"/>	<input type="text"/>

92.1. Hve marga daga að meðaltali í hverjum mánuði?

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

93. Hefur þú unnið við gegningar eða verið í heyrki?

Nei	Já
<input type="text"/>	<input type="text"/>

93.1. Varst þú:

A Alinn upp í sveit?

B Bóndi?

C Í sveit á sumrin?

D Í hestamennsku?

E Annað \_\_\_\_\_?

Merkið í einn reit
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

93.2. Fékkstu hósta eftir að þú fórst inn í hlöðu að vetrarlagi?

Nei	Já
<input type="text"/>	<input type="text"/>

93.3. Fékkstu þyngsli fyrir brjóst eða áttir erfitt með andardrátt þegar þú fórst inn í hlöðu?

Nei	Já
<input type="text"/>	<input type="text"/>

93.4. Fékkstu einkenni frá nefi þegar þú fórst inn í hlöðu að vetrarlagi?

Nei	Já
<input type="text"/>	<input type="text"/>

93.5. Fékkst þú einkenni frá augum þegar þú fórst inn í hlöðu að vetrarlagi?

Nei	Já
<input type="text"/>	<input type="text"/>

93.6. Fékkst þú hita eftir að þú fórst í hlöðu að vetrarlagi? Nei Já

94. Hefur þú haft migrene? Nei Já

95. Hefur móðir þín haft migrene? Nei Já

96. Hefur faðir þinn haft migrene? Nei Já

97. Hefur þú haft psoriasis? Nei Já

98. Hefur þú fengið ofsakláða (kláðahellur/upphleyptir, vel afmarkaðir dílar eða skellur, ljósir í miðju en rauðari við jaðrana samfara miklum kláða)? Nei Já

99. Hefur þú fengið ofsabjúg? (Skyndilegan staðbundinn bjúg í andlit, kok eða útlimi) Nei Já

100. Hafðir þú í barnæsku þrálát útbrot eða eksem í olnbogabótum og /eða hnésbótum? Nei Já

101. Hefur þú fengið ofnæmiseinkenni af lyfjum? Nei Já

101.1. Ef „já“, hvaða lyf? \_\_\_\_\_

101.2. Ef „já“, voru einkennin frá:

1	Húð		
2	Liðbólгур		
3	Nýrnabólгур		
4	Astmi		
5	Hiti		
6	Lifrabólga		
7	Blóðbreytingar		
8	Nefstíflur/rennsli		
9	Hósti		
10	Annað. Hvað? _____		

Nei Já

102. Hefur þér verið sagt að þú hafir ofnæmi fyrir latex eða gúmmí? Nei Já

Ef „já“, við hvaða aðstæður og af hvaða efnum færð þú óþægindi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

103. Var ofnæmið greint með :

Prikki prófi		
Plástra prófi		
Blóð prófi		
Veit ei		

Merkið í einn reit



104. Hefur þú fengið eftirfarandi einkenni eftir að handfjatla eða snerta hluti úr gúmmí?

- 104.1. Roða og/eða bólgu og/eða kláða í hendur?  
 104.2. Hreistur eða sprungur í hendur?  
 104.3. Nefrennsli eða nefstíflur?  
 104.4. Kláða í augu?  
 104.5. Astma?  
 104.6. Önnur einkenni? Hvaða \_\_\_\_\_

Nei	Já
<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"/>

105 Reykir þú eða hefur þú reykt?

1.  Nei hef aldrei reykt  
 2.  Nei reykti, en er hætt(ur)  
 3.  Já reyki sjaldnar en daglega  
 4.  Já reyki daglega

106 Hvað reykir þú?

1.  Sígarettur (eingöngu)  
 2.  Bæði sígarettur og annað tóbak  
 3.  Vindla (eingöngu)  
 4.  Pípu (eingöngu)  
 5.  Vindla og pípu

### SPURNINGAR TIL SPYRILS

Kyn þátttakanda?

Fæðingadagur þáttakanda?

Dagur	Mánuður	Ár
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### TEGUND VIÐTALS

- a) Á heilbrigðisstofnun, augliti til auglitis.  
 b) Heima, augliti til auglitis.  
 c) Gegnum síma.  
 d) Svarað heima upp á eigin spýtur.

Merkið í einn reit

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

Númer spyrils?

Númer rannsóknarstöðvar:   
 Númer persónu:   
 Úrtak:   
 Dagsetning viðtals:        
 Dag. Mán. Ár

28. Hafir þú verið í meira en einu starfi hjá sama fyrirtæki eða verið í mörgum störfum samtímis, er best að taka fram hvert fyrir sig. Byrjaðu á því starfi sem þú ert í núna.

Atvinna	28.1. Hvert er (var) starfsheiti þitt í núverandi (eða síðasta) starfi? (allt að 10 síðustu störf). Starfsheiti	28.2. Hvað gerði fyrirtækið (félagasamtökin, stofnunin) eða hvaða þjónustu bauð það? Atvinnugeiri	28.3. Hvenær hófstu störf (mánuður og ár)?		28.4. Hvenær laukstu þessu starfi (mánuður og ár)?	
			Mánuður	Ár	Mánuður	Ár
Atvinna 1						
Atvinna 2						
Atvinna 3						
Atvinna 4						
Atvinna 5						
Atvinna 6						
Atvinna 7						
Atvinna 8						
Atvinna 9						
Atvinna 10						