

## ECRHS II - Utdelat frågeformulär 1999

Center				1	5	2
Personnummer						
Sampel						
Datum						
	DAG	MÅNAD	ÅR			

I enkäten kommer vi flera gånger att fråga dig om sådant som hänt dig sedan förra undersökningen.

Förra gången du deltog i en undersökning var i \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_

**JAG KOMMER NU ATT STÄLLA NÅGRA FRÅGOR TILL DIG. DE FÖRSTA KOMMER MEST ATT HANDLA OM DIN ANDNING. OM DET GÅR, VILL JAG ATT DU BARA SVARAR 'JA' ELLER 'NEJ'.**

1. Har Du haft pip- eller har det väst i bröstet vid något tillfälle under de senaste **12 månaderna**? NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 2, OM 'JA':**

1.1 Har Du överhuvudtaget varit det minsta andfädd när Du haft detta pipande ljud NEJ JA

1.2. Har Du haft detta pip eller väsande i bröstet när- Du *inte* samtidigt varit förkyld? NEJ JA

2. Har Du vaknat med en trånghetskänsla i bröstet vid något tillfälle under de senaste **12 månaderna**? NEJ JA

3. Har Du någon gång under de senaste **12 månaderna** haft något anfall av andnöd som inträffat på dagtid under vila? NEJ JA

4. Har Du någon gång under de senaste **12 månaderna** haft någon andnödsattack som kommit efter ansträngning? NEJ JA

5. Har Du vaknat av andnödsattack vid något tillfälle under de senaste **12 månaderna**? NEJ JA

**OM SVARET ÄR NEJ, GÅ TILL F 6, OM SVARET ÄR JA**

5.1 Har Du någon gång under de senaste **3 månaderna** vaknat av andnödsattack? NEJ JA

**OM SVARET ÄR NEJ, GÅ TILL F 6, OM SVARET ÄR JA**

5.1.1 I **genomsnitt**, har Du vaknat av andnödsattack **minst en gång i veckan** under de senaste **3 månaderna**? NEJ JA

**OM SVARET ÄR NEJ, GÅ TILL F6, OM SVARET ÄR JA**

5.1.1.1 I **genomsnitt**, hur många gånger per vecka har Du vaknat av andnödsattack under de senaste **3 månaderna**? GÅNGER

6. Har Du vaknat av hostattack vid något tillfälle under de senaste **12 månaderna**? NEJ JA

7. **Brukar** Du vintertid hosta det första Du gör på morgnarna? NEJ JA  
   
**[OM DU ÄR OSÄKER, ANVÄND FRÅGA 8.1 FÖR ATT BEKRÄFTA]**

8. **Brukar** Du på vintrarna ha hosta dagtid eller nattetid? NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 9, OM 'JA':**

8.1 Hostar Du på det här viset nästan alla dagar under minst tre månader varje år?

NEJ JA

9. **Brukar** Du under vintern få upp slem det första Du gör på morgnarna?

[OM DU ÄR OSÄKER, SE FRÅGA 10.1]

NEJ JA

10. Brukar Du under vintern **vanligen** få upp slem från bröstet under dagen eller på natten?

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 11, OM 'JA':**

10.1 Får Du upp slem på det här viset nästan varje dag under åtminstone tre månader varje år?

NEJ JA

11. Har Du någonsin besvär med Din andning?

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 12, OM 'JA':**

11.1 Har Du dessa besvär

- a) för jämnan, så att Din andning aldrig är riktigt bra?  
 b) återkommande, men avlöst av besvärsfria perioder?  
 c) endast vid enstaka tillfällen?

SÄTT KRYSS I EN RUTA

1   
 2   
 3

12. Är Du rörelsehindrad av **annan anledning** än hjärt- eller lungsjukdom?

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'JA' ANGE ORSAKEN \_\_\_\_\_ OCH GÅ TILL FRÅGA 13, OM 'NEJ':**

12.1 Besväras Du av andnöd när Du har bråttom och går på plan mark eller när Du går uppför en mindre sluttning?

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 13, OM 'JA':**

12.1.1 Blir Du andfädd när Du går med andra personer i Din egen ålder på plan mark?

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 13, OM 'JA':**

12.1.1.1 Måste Du stanna för att andas när Du går på planmark i Din egen takt?

NEJ JA

**13. ENBART FÖR KVINNOR - MÅN TILL FRÅGA 14**

Har Du någonsin märkt symptom från andningen (som till exempel pip eller väsningar i bröstet, trångghetskänsla i bröstet eller andnöd) vid någon speciell tidpunkt under menstruationscykeln?

- ja, veckan före menstruationen  
 ja, under menstruationen  
 ja, veckan efter menstruationen  
 ja, vid någon annan tidpunkt under månaden  
 gäller inte mig (menstruationen har upphört)  
 nej

SÄTT KRYSS I EN RUTA

1   
 2   
 3   
 4   
 5   
 6

14. Har Du någonsin haft astma?

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 15, OM 'JA':**

14.1 Ställdes diagnosen av en läkare?

NEJ JA

14.2 Hur gammal var Du när Du hade Ditt första astmaanfall?

ANTAL ÅR

14.3 Hur gammal var Du när Du senast hade ett astmaanfall?

ANTAL ÅR

14.4.1-6 Vilka månader på året brukar Du ha astmaanfall?

- 14.4.1 januari / februari
- 14.4.2 mars / april
- 14.4.3 maj / juni
- 14.4.4 juli / augusti
- 14.4.5 september / oktober
- 14.4.6 november / december

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

14.5 Har Du haft något astmaanfall under de senaste **12 månaderna**?

**OM NEJ GÅ TILL 14.8, OM JA**

14.6 Hur många astmaanfall har Du haft under de senaste **12 månaderna**?

ANFALL

14.7 Hur många astmaanfall har Du haft under de senaste **3 månaderna**?

ANFALL

14.8 Hur många gånger har Du blivit väckt av din astma under de senaste **3 månaderna**?

- varje natt eller nästan varje natt
- mer än en gång i veckan, men inte de flesta nätter
- minst två gånger per månad, men högst en gång i veckan
- mindre än två gånger per månad
- inte alls

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

14.9 Hur ofta har Du haft andningssvårigheter på grund av astma under de senaste **3 månaderna**?

- hela tiden
- ungefär en gång per dag
- mist en gång i veckan, men mindre än en gång per dag
- mindre än en gång i veckan
- inte alls

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

14.10 Tar Du för närvarande någon astmamedicin, inklusive inhalatorer, sprejer eller tabletter?

NEJ JA

14.11 Har du en egen PEF-mätare?

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 14.12, OM 'JA':**

14.11.1 Hur ofta har Du använt den under de senaste **3 månaderna**?

- aldrig
- vissa dagar
- nästan varje dag

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

14.12 Har Du fått skriftliga instruktioner från Din läkare om hur Du ska hantera din astma om den blir värre eller Du får ett anfall?

NEJ JA

14.13. **ENBART FÖR KVINNOR - MÄN TILL FRÅGA 15**

Har Du någonsin märkt att din astma förvärrats under menstruationscykeln?

- Ja, veckan före menstruationen
- Ja, under menstruationen
- Ja, veckan efter menstruationen
- Ja, vid något annat tillfälle under månaden
- Gäller inte mig (menstruationen har upphört)
- Nej

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

14.14 Har Du varit gravid (minst 25 veckor) sedan Din astma började?

**OM NEJ GÅ TILL FRÅGA 15, OM JA**

14.14.1. Vad hände med Din astma under graviditeten?

- den blev bättre
- den blev sämre
- den påverkades inte
- olika för olika graviditeter
- vet ej

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

15. Lider Du av hösnuva eller andra allergier med liknande symptom?

**OM NEJ GÅ TILL FRÅGA 16, OM JA**

15.1 Hur gammal var Du när du först fick hösnuva eller liknande allergi?

NEJ JA

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

ANTAL ÅR

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

16. Har Du någonsin haft problem med nysningar, rinnande eller täppt näsa när Du inte var förkyld eller hade influensa?

**OM NEJ GÅ TILL FRÅGA 17, OM JA**

16.1. Har Du haft problem med nysningar, rinnande eller täppt näsa när Du inte var förkyld eller hade influensa **under de senaste 12 månaderna?**

NEJ JA

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

NEJ JA

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

**OM NEJ GÅ TILL FRÅGA 17, OM JA**

16.1.1. Har symptomen från näsan varit förenade med kliande eller rinnande ögon?

NEJ JA

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

16.1.2 Vilka månader under året uppträdde symptomen från näsan?

- Januari
- Februari
- Mars
- April
- Maj
- Juni
- Juli
- Augusti
- September
- Oktober
- November
- December

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

17. Har Du **sedan den förra undersökningen gjordes** tagit någon medicin mot besvär från näsan?

NEJ JA

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

**OM NEJ GÅ TILL FRÅGA 18, OM JA**

17.1 Har Du använt någon av följande nässprejer för att behandla besvär från näsan?

{VISA LISTA ÖVER STEROIDSPREJER}

NEJ JA

**OM NEJ GÅ TILL FRÅGA 17.2, OM JA**

17.1.1 Under hur många år har Du använt den här sortens nässprej?

ANTAL ÅR

17.1.2 Har Du använt några av de här nässprejerna **under de senaste 12 månaderna?**

NEJ JA

17.2 Har Du använt några av följande piller, kapslar eller tabletter för att behandla besvär från näsan?

{VISA LISTA ÖVER ANTIHISTAMINER}

NEJ JA

**OM NEJ GÅ TILL FRÅGA 18, OM JA**

17.2.1 Under hur många år har Du tagit den typen av piller, kapslar eller tabletter?

ANTAL ÅR

17.2.2 Har Du tagit några av de här pillren, kapslarna eller tabletterna **under de senaste 12 månaderna?**

NEJ JA

NEJ JA

18. Har du **någonsin** haft eksem eller någon form av hudallergi?

19. Har du **någonsin** under **minst 6 månader** haft besvär av återkommande kliande utslag?

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 20, OM 'JA':**

19.1.. Har du haft det kliande utslaget **under de senaste 12 månaderna?**

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 20, OM 'JA':**

19.1.1. Har det kliande utslaget **någonsin** funnits på något av följande ställen: armbågsveckan, bakom knäna, fotledernas framsida, under skinkorna eller runt halsen, öronen eller ögonen

NEJ JA

20. Har Du någon gång haft svårt att andas efter att Du intagit medicin?

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 21, OM 'JA':**

20.1-2 Vilka mediciner? \_\_\_\_\_

20.1.1   
 20.1.2

ANTAL ÅR

21. Hur gammal var din mamma när Du föddes?

22. Hur många gånger flyttade Ni under de första fem åren av Ditt liv?

Aldrig  
 En gång  
 Mer än en gång

SÄTT KRYSS I EN RUTA

1   
 2   
 3

23. Har Du varit intagen på sjukhus före två års ålder på grund av lungsjukdom?

NEJ JA

24. Hur gammal var Du när du började på skola, lekskola eller dagis?

ANTAL ÅR

25. Hur många **andra** barn sov regelbundet i Ditt sovrum **innan du var fem år gammal?**

ANTAL BARN

Jag kommer nu att ställa några frågor om den typ av jobb Du har haft.

Jag är intresserad av vart och ett av de arbeten Du har haft under mer än 3 på varandra följande månader sedan vi senast kontaktade Dig (1991/2). Jobben kan ha varit utanför hemmet eller hemma, hel- eller deltid, avlönade eller oavlönade inklusive eget företagande, till exempel i ett familjeföretag. Ta bara med sådana deltidsarbeten som har omfattat minst 8 timmar per vecka.

FRÅGA 26. Är Du för närvarande

SÄTT KRYSS I EN RUTA

Anställd (inklusive militärtjänst)	1	<input type="checkbox"/>
Egen företagare	2	<input type="checkbox"/>
Arbetslös, arbetssökande	3	<input type="checkbox"/>
Sjukskriven, arbetar ej	4	<input type="checkbox"/>
Hemarbetande full tid	5	<input type="checkbox"/>
Studerande full tid	6	<input type="checkbox"/>
Pensionerad	7	<input type="checkbox"/>
Övrigt	8	<input type="checkbox"/>

**OM ANSTÄLLD ELLER EGEN FÖRETAGARE GÅ TILL FRÅGA 28**

27. Har Du haft någon anställning under minst 3 månader i följd eller längre sedan förra undersökningen?

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

**GÅ TILL SYSSELSÄTTNINGSMATRISEN**

29. Har något av jobben någonsin gett Dig trånghetskänsla i bröstet eller pip i bröstet?

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

**OM JA, (kryssa för nej eller ja för varje jobb)**

Jobb 1?	NEJ	JA
Jobb 2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 3?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 4?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 6?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 7?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 8?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 9?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Har Du varit tvungen att lämna något av jobben på grund av att de påverkade

Din andning?

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

**OM JA, (kryssa för nej eller ja för varje jobb)**

Jobb 1?	NEJ	JA
Jobb 2?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 3?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 4?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 6?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 7?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 8?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 9?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jobb 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Center   
 Personnummer   
 Sampel   
 Datum     
 DAG MÅNAD ÅR

FRÅGA 28. Om Du utförde fler arbeten än ett i ett visst företag, eller om Du hade flera arbeten samtidigt, så skulle vi vilja diskutera dem var för sig. Vi vill att Du börjar med Ditt nuvarande eller Ditt senaste jobb.

JOBB	FRÅGA 28.1. Vad är (var) benämningen på Ditt nuvarande (senaste) jobb?  SYSSELSÄTTNING	FRÅGA 28.2. Vad gjorde firman, företaget eller organisationen eller vilka tjänster utförde man? FÖRETAG	FRÅGA 28.3. Vilken månad och vilket år började du med det arbetet? MÅNAD ÅR		FRÅGA 28.4. Vilken månad och vilket år slutade du med det arbetet? MÅNAD ÅR							
JOBB 1												
JOBB 2												
JOBB 3												
JOBB 4												
JOBB 5												
JOBB 6												
JOBB 7												
JOBB 8												
JOBB 9												
JOBB 10												

31. Har du sedan förra undersökningen varit med om en olycka i hemmet, på arbetet eller på annan plats som utsatte Dig för höga halter av ånga, gas, damm eller rök?

NEJ JA

OM JA,

31.1 Upplevde du några andningsproblem när detta inträffade?

NEJ JA

.....om JA

31.1.1 Kan du beskriva dom för mig? \_\_\_\_\_

**Center som använder de extra sysselsättningsblanketterna bör här lägga in introduktionsformuläret och fylla i tillämpliga moduler.**

32. Hur gammal var Du när Du slutade utbilda Dig på heltid?

ÅR

**Om heltidsstuderande, skriv 88**

33. Hur ofta brukar Du motionera så mycket att Du blir andfädd eller börjar svettas?

SÄTT KRYSS I EN RUTA

- varje dag
- 4-6 gånger per vecka
- 2-3 gånger per vecka
- en gång i veckan
- en gång i månaden
- mindre än en gång i månaden
- aldrig

1

2

3

4

5

6

7

34. Hur många timmar per vecka brukar Du motionera så mycket att du blir andfädd eller börjar svettas?

SÄTT KRYSS I EN RUTA

- aldrig
- ungefär ½ timma
- ungefär 1 timma
- ungefär 2-3 timmar
- ungefär 4-6 timmar
- 7 timmar eller mer

1

2

3

4

5

6

35. Undviker Du ansträngande motion på grund av pip i bröstet eller astma?

NEJ JA

36. När byggdes Din nuvarande bostad?

ÅR

37. Bor Du i samma bostad som under den förra undersökningen?

NEJ JA

**OM JA GÅ TILL FRÅGA 38, OM NEJ**

37.1. Hur många gånger har Du flyttat sedan den förra undersökningen?

GÅNGER

37.2. Hur många år har Du bott i din nuvarande bostad?

ANTAL ÅR

37.3 Var bor Du för närvarande?

SÄTT KRYSS I EN RUTA

- en annan bostad, men fortfarande i undersökningens urvalsområde
- utanför urvalsområdet, men fortfarande i samma land
- ett annat land

1

2

3

37.3.1. OM ETT ANNAT LAND. Vilket land? \_\_\_\_\_



37.4 Vad för sorts bostad har Du?

- a) barack, husvagn eller husbil?
- b) fristående enfamiljshus?
- c) parhus, radhus eller kedjehus?
- d) hus med 2 lägenheter?
- e) hus med 3-4 lägenheter?
- f) hus med flera än 4 lägenheter?
- g) båt, tält, kåta, bil?
- e) annat (specificera): \_\_\_\_\_

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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. Har bostaden?

- 38.1 centralvärme
- 38.2 luftburen centralvärme (fläktdriven luftvärme)
- 38.3 luftkonditionering

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

39. Vilken av följande anordningar använder du för uppvärmning eller varmvatten?

- 39.1 kol-, koks- eller vedeldning
- 39.2 öppen gaseldning
- 39.3 direkt verkande el
- 39.4 oljeeldning
- 39.5 gaseldad varmvattenberedare
- 39.6 oljeeldad varmvattenberedare
- 39.7 bärbar gaskamin
- 39.8 övrigt: (t.ex fjärrvärme) \_\_\_\_\_

NEJ	JÄ
<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. Vilken sorts spis används **mest** för matlagning?

- a) kol, koks eller vedeldning (fasta bränslen)?
- b) gas (gas från nätet)?
- c) elspis?
- d) fotogen eller spritkök?
- e) mikrovåg?
- f) gas (gas från flaska eller annan källa än nätet)?
- g) annat (specificera): \_\_\_\_\_

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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 OM DU ANVÄNDER GAS FÖR MATLAGNING** Vilken av följande använder du?

- 40.1.1 gashäll
- 40.1.2 gasugn

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

41. Vilken typ av spis användes oftast i det hem där Du bodde när du var fem år gammal?

- a) kol, koks eller ved (fasta bränslen)?
- b) gas (gas från nätet)?
- c) elspis?
- d) fotogen eller spitkök?
- e) gas (gas från flaska eller annan källa förutom nätet)?
- f) vet ej
- g) övrigt:

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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"/>

MINUTER

42. Hur lång tid i **genomsnitt per dag** har Du tillbringat med att laga mat på din spis under de **senaste fyra veckorna**?

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

43. *Under de senaste fyra veckorna* när Du lagade mat, öppnade Du då en dörr eller ett fönster som släppte in frisk luft utifrån

- a) nästan hela tiden
- b) en del av tiden
- c) sällan (eller bara tillfälligtvis)
- d) jag har ingen dörr och inget fönster som vetter utomhus i mitt kök

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

44. Har Du köksfläkt ovanför spisen?

NEJ	JA	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OM 'NEJ' ELLER 'VET EJ' GÅ TILL FRÅGA 45, OM 'JA':**

44.1 När matlagning, används då fläkten

- a) hela tiden?
- b) viss tid?
- c) aldrig?

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

44.2 Har köksfläkten utsug direkt till fria luften?

NEJ	JA	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Har det rum i bostaden som Du under dagen vistas mest i:

- 45.1 heltäckningsmattor?
- 45.2 friläggande mattor?
- 45.3 dubbelfönster eller 3-glasfönster??

NEJ JA

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

46 Hur gammal är den äldsta mattan i det rum i bostaden där Du vistas mest under dagen?

- a) Mindre än ett år
- b) 1-5 år
- c) Mer än 5 år

KRYSSA FÖR EN AV RUTORNA

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

47 På vilken våning ligger det rum i bostaden där Du vistas mest under dagen?

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

*(Den lägst belägna våningen i en byggnad(inkluderar) även källarplan är 00)*

48. Har Ditt sovrum

- 48.1 heltäckningsmatta?
- 48.2 friliggande mattor?
- 48.3 dubbelfönster eller 3-glasfönster?

NEJ JA

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

49 Hur gammal är den äldsta mattan i Ditt sovrum

- a) mindre än ett år
- b) 1-5 år
- c) mer än 5 år

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

50 Hur gammal är Din madrass

- a) mindre än ett år
- b) 1-5 år
- c) mer än 5 år

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

51 På vilken våning i byggnaden ligger Ditt sovrum? (nedersta=00)

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

52. Sover Du vintertid för öppet fönster?

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 53, OM 'JA':**

52.1 Sover du på vintern med öppet fönster

- a) alltid?
- b) ibland?
- c) bara vid enstaka tillfällen?

SÄTT KRYSS I EN RUTA

1   
 2   
 3

53. Har huset eller bohaget någon gång varit vattenskadat, t.ex. på grund av brustna rör, läckage eller översvämning? NEJ JA Vet ej

**OM JA**

53.1 Har det varit någon vattenskada under de senaste **12 månaderna**?

NEJ JA Vet ej

54. Har det **under de senaste 12 månaderna** förekommit våta eller fuktiga fläckar inomhus i Din bostad på annat ställe än i källaren (till exempel på väggar, tapeter, innerväggar eller mattor)?

NEJ JA

55. Har det någon gång varit mögel på någon ytor inomhus i bostaden, förutom på livsmedel?

NEJ JA Vet ej

**OM 'NEJ' ELLER 'VET EJ' GÅ TILL FRÅGA 56, OM 'JA':**

55.1.1-6 Vilka rum har varit angripna?

- 55.1.1 badrum/toalett
- 55.1.2 sovrum
- 55.1.3 uppehållsrum som vardagsrum, arbetsrum el. dyl.?
- 55.1.4 kök
- 55.1.5 källare eller vind
- 55.1.6 annat (specificera): \_\_\_\_\_

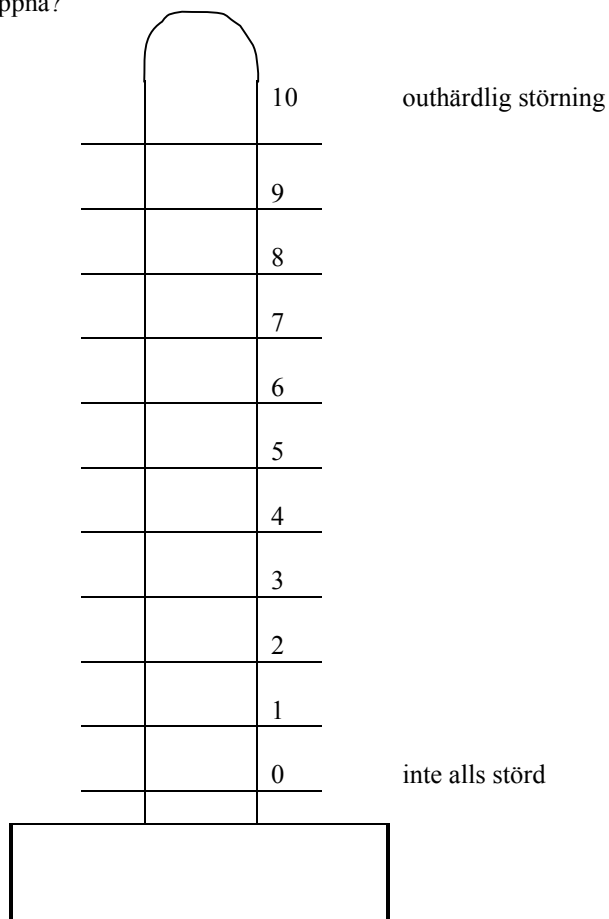
NEJ JA

55.2 Har det funnits mögel på någon ytor inomhus i bostaden under de senaste **12 månaderna**?

NEJ JA

'Den här skalan ser ut som en termometer. Med den kan Du gradera din personliga uppfattning i följande fråga som gäller hur störd du blir av luftföroreningar. Du kan ange graden av störning på den här skalan mellan 0 och 10, där 0 betyder att du inte är störd alls, medan 10 betyder en outhärdlig störning.'

56 .Hur störd är Du av luftföroreningar utomhus (från trafik, industrier etc) om Du har dina fönster öppna?

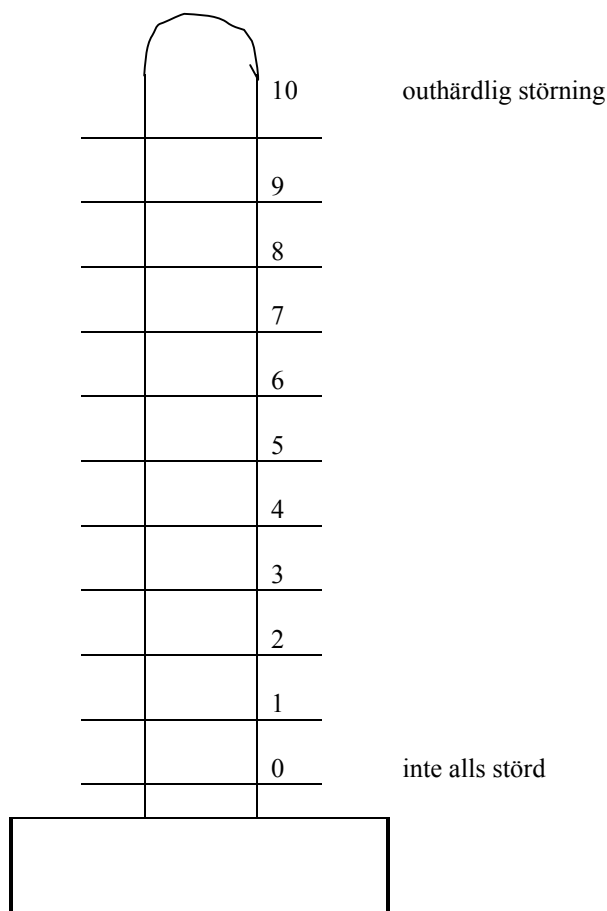


--	--

**FÖR DEM SOM INTE HAR FLYTTAT SEDAN DEN FÖRRA UNDERSÖKNINGEN (se svaret på fråga 37)**  
GÅ TILL FRÅGA 58

**DE SOM HAR FLYTTAT SEDAN FÖRRA UNDERSÖKNINGEN**– besvara 57

57. Hur mycket stördes Du av luftföroreningar utomhus (från trafik industrier etc) i Din tidigare bostad, om Du hade fönstren öppna?



58. Hur ofta kör det bilar förbi Ditt hus?

- a) jämt
- b) ofta
- c) sällan
- d) aldrig

--	--

SÄTT KRYSS I EN RUTA

1	
2	
3	
4	

59. Hur ofta kör tunga fordon (t.ex. lastbilar, bussar) förbi Ditt hus?

- a) jämt
- b) ofta
- c) sällan
- d) aldrig

SÄTT KRYSS I EN RUTA

1	
2	
3	
4	

60. Har Du vidtagit någon av följande åtgärder för att minska förekomsten av eller exponeringen för allergiframkallande ämnen i Din bostad sedan förra undersökningen?

60.1 bytt från matta till trä eller annan slät yta på golvet  
i det rum där du vistas mest

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

60.2 bytt från matta till trä eller annan slät yta på golvet  
i ditt sovrum

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

60.3 lagt ny matta i det rum du använder mest

60.4 lagt ny matta i ditt sovrum

60.5 använt sprejer mot damm och kvalster

60.6 satt ett allergisäkert överdrag på din madrass

<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"/>

61. Har Du katt hemma?

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

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 62, OM 'JA'**

61.1 Får Din katt (katter) vistas inomhus?

61.2 Får Din katt (katter) vistas i sovrummet?

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

62. Har Du hund hemma?

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

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 63, OM 'JA':**

62.1 Får Din hund (hundar) vistas inomhus?

62.2 Får Din hund (hundar) vistas i sovrummet?

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

63. Har Du fåglar?

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

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 64, OM 'JA':**

63.1 Vistas någon av fåglarna inne i huset?

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

64. Fanns det katt i Ditt hem

64.1 under Ditt första levnadsår

64.2 när Du var mellan 1 och 4 år gammal

64.3 när Du var mellan 5 och 15 år gammal

NEJ	JA	Vet ej
<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. Fanns det hund i Ditt hem

65.1 under Ditt första levnadsår

65.2 när Du var mellan 1 och 4 år gammal

65.3 när Du var mellan 5 och 15 år gammal

NEJ	JA	Vet ej
<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. Fanns det fåglar i Ditt hem

66.1. under Ditt första levnadsår

66.2 när Du var mellan 1 och 4 år gammal

66.3 när Du var mellan 5 och 15 år gammal

NEJ	JA	Vet ej
<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. Vilket ord beskriver bäst den plats där Du bodde största delen av tiden när du var under fem år gammal?

- a) bondgård
- b) by på landet
- c) småstad
- d) förort till storstad
- e) centralt i storstad

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

68. Händer det **någonsin** att Du vid kontakt med pälsdjur:

- 68.1 börja hosta?
- 68.2 får pip i bröstet?
- 68.3 blir täppt i bröstet?
- 68.4 får känsla av andnöd?
- 68.5 får rinnande eller täppt näsa eller börja nysa?
- 68.6 får klåda eller tårar i ögon?

NEJ	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. Händer det **någonsin** att Du vid kontakt med kuddar eller täcken eller husdamm

- 69.1 börja hosta?
- 69.2 får pip i bröstet?
- 69.3 blir täppt i bröstet?
- 69.4 får en känsla av andnöd?
- 69.5 får rinnande eller täppt näsa eller börja nysa?
- 69.6 får klåda eller tårar i ögon?

NEJ	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. Händer det **någonsin** att Du vid kontakt med träd, gräs eller blommor eller när det är mycket pollen i luften:

- 70.1 börja hosta?
- 70.2 får pip i bröstet?
- 70.3 blir täppt i bröstet?
- 70.4 får en känsla av andnöd?
- 70.5 får rinnande eller täppt näsa eller börja nysa?
- 70.6 får klåda eller tårar i ögon?

NEJ	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"/>

**OM SVARET PÅ NÅGON AV OVANSTÅENDE FRÅGOR ÄR 'JA':**

70.7.1-4 Vid vilken tid på året händer detta?

- 70.7.1 vinter
- 70.7.2 vår
- 70.7.3 sommar
- 70.7.4 höst

NEJ	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. Hur ofta äter du färdigmat, dvs konserver eller djupfrusna rätter?

- a) dagligen eller nästa dagligen
- b) minst en gång i veckan
- c) mindre än en gång i veckan

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

72. Äter Du något mellan huvudmålen??

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

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 73, OM 'JA':**

72.1 Vilka av följande alternativ äter Du som mellanmål/snacks åtminstone *en gång i veckan*?

- 72.1.1 kex, ost, chips eller andra saltade produkter
- 72.1.2 godis, choklad, söta kex eller kakor
- 72.1.3 frukt eller grönsaker

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

73. Har det någon gång hänt att Du blivit sjuk eller reagerat på något annat sätt för något **speciellt** födoämne?? NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 74, OM 'JA':**

73.1 Blir Du nästan alltid sjuk på samma sätt eller får samma typ av besvär när Du äter detta födoämne? NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 74, OM 'JA':**

73.1.1 Vilken födoämne var det? [Ange högst 3]  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

73.1.2.1-6 Hur reagerar Du?  
 73.1.2.1 med utslag eller klåda?  
 73.1.2.2 med diarré eller kräkningar?  
 73.1.2.3 med rinnande eller täppt näsa?  
 73.1.2.4 med svår huvudvärk?  
 73.1.2.5 med andnöd?  
 73.1.2.6 på något annat sätt: \_\_\_\_\_

74. Röker Du eller har Du rökt?  
*['JA' innebär minst 20 paket cigaretter eller 360 gram tobak under hela livet, eller minst en cigarett om dagen eller en cigarr i veckan under minst ett år]*

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 75, OM 'JA':**

74.1 Hur gammal var Du när Du började röka? ANTAL ÅR  
   
 74.2 Är Du rökare nu? (gäller även om Du slutat **den sista månaden**) NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 74.3, OM 'JA':**

74.2.1-4 Hur mycket röker Du i genomsnitt **nuförtiden**? ANTAL  
 74.2.1 i antal cigaretter per dag  
 74.2.2 i antal cigariller per dag  
 74.2.3 i antal cigarrer per vecka  
 74.2.4 piptobak i a) uns / vecka  
 eller i b) gram / vecka

74.3 Har Du slutat röka eller skurit ner på Din rökförbrukning? NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 74.4, OM 'JA':**

74.3.1 Hur gammal var Du när Du slutade eller minskade Din rökning? ANTAL ÅR

74.3.2.1-4 Hur mycket rökte Du i **genomsnitt** under hela den tidsperioden Du var rökare innan Du började skära ner?

74.3.2.1 i antal cigaretter per dag  
 74.3.2.2 i antal cigariller per dag  
 74.3.2.3 i antal cigarrer i veckan  
 74.3.2.4 piptobak i a) uns / vecka  
 eller i b) gram / vecka

74.4 Drar Du eller drog du halsbloss? NEJ JA



75. Har Du **regelbundet** varit utsatt för tobaksrök under de senaste **12 månaderna**? ['Regelbundet' betyder de flesta dagar och eller nätter]

NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 76, OM 'JA':**

75.1. Förutom du själv, hur många är det som röker hemma hos Dig?

ANTAL

75.2 Röks det regelbundet i det rum där Du arbetar?

NEJ JA

75.3 Under hur många timmar dagligen utsätts Du för **andra personers** tobaksrök?

TIMMAR

..75.4 Under hur många timmar utsätts Du för andra personers tobaksrök på följande platser? TIMMAR

- 74.4.1 i bostaden
- 74.4.2 på arbetsplatsen
- 74.4.3 på uteställen som restauranger, barer och dylikt
- 74.4.4 på andra ställen

<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. Har Du använt något **inhalationsläkemedel**, dvs något inandningsläkemedel, för Dina Andningsbesvär någon gång under de senaste **12 månaderna**?

NEJ JA

**OM 'NEJ' GÅ TILL FRÅGA 77, OM 'JA':**

Vilka av följande har du använt under de senaste **12 månaderna**?

76.1 **kortverkande beta-2-stimulerande inhalationsläkemedel**

(Inkludera kombinationer som omfattar beta-2 och steroider i sektion 76.5)

76.1.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

76.1.2 Vilken slags inhalator använder du?

NEJ JA

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

76.1.3. Vad är dosen per puff (i mikrogram)?

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

76.1.4. Under de senaste **3 månaderna**, hur har Du använt dem:

- a) vid behov
- b) i korta behandlingskurer
- c) kontinuerligt
- d) inte alls

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

**Om svaret på 76.1.4 är vid behov:**

76.1.5 Antal puffar per månad

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

**Om svaret på 76.1.4 är i korta behandlingskurer**

76.1.6 antal kurer

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

76.1.7 antal puffar per dag

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

76.1.8 genomsnittligt antal dagar per månad

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

**Om svaret på 76.1.4 är kontinuerligt**

76.1.9 antal puffar per dag

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

76.2 **långtidsverkande beta-2-stimulerande inhalationsläkemedel**

(Inkludera kombinationer som omfattar beta-2 och steroider i sektion 76.5)

NEJ JA

76.2.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

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

76.2.2 Vilken typ av inhalator använder du?

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

76.2.3. Vilken är dosen per puff (i mikrogram)?

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

76.2.4. Under de senaste **3 månaderna**, hur har du använt dem:

SÄTT KRYSS I EN RUTA

a) vid behov

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

b) i korta behandlingskurer

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

c) kontinuerligt

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

d) inte alls

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

**Om svaret på 76.2.4 är vid behov:**

76.2.5 Antal puffar per månad

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

**Om svaret på 77.2.4 är i korta behandlingskurer**

76.2.6 antal kurer

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

76.2.7 antal puffar per dag

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

76.2.8 genomsnittligt antal dagar per månad

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

**Om svaret på 77.2.4 är kontinuerligt**

76.2.9 antal puffar per dag

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

76.3 ej specificerade adrenoreceptorstimulerare

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

76.3.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

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

76.4 anti-muskarina inhalationsläkemedel

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

76.4.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

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

76.4.2 Vilket slags inhalator använder du?

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

76.4.3. Vilken är dosen per puff (i mikrogram)?

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

76.4.4. Under de senaste **3 månaderna**, hur har du använt den:

SÄTT KRYSS I EN RUTA

a) vid behov

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

b) i korta behandlingskurer

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

c) kontinuerligt

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

d) inte alls

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

**Om svaret på 76.4.4 är vid behov:**

76.4.5 Antal puffar per månad

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

**Om svaret på 76.4.4 är i korta behandlingskurer**

76.4.6 antal behandlingskurer

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

76.4.7 antal puffar per dag

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

76.4.8 genomsnittligt antal dagar per månad

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

**Om svaret på 76.4.4 är kontinuerligt**

76.4.9 antal puffar per dag

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

76.5 inhalede steroider

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

(Inkludera kombinationer som omfattar beta-2 och steroider i denna sektion)

76.5.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

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

76.5.2 Vilket slags inhalator använder du?

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

76.5.3. Vilken är dosen per puff (i mikrogram)?

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

- 76.5.4. Under de senaste **3 månaderna**, hur har du använt den: **SÄTT KRYSS I EN RUTA**
- a) vid behov 1
  - b) i korta behandlingskuror 2
  - c) kontinuerligt 3
  - d) inte alls 4

**Om svaret på 76.5.4 är vid behov:**

76.5.5 Antal puffar per månad

**Om svaret på 76.5.4 är i korta behandlingskuror**

76.5.6 antal behandlingskuror

76.5.7 antal puffar per dag

76.5.8 genomsnittligt antal dagar per månad

**Om svaret på 76.5.4 är kontinuerligt**

76.5.9 antal puffar per dag

NEJ JA

**76.6 inhalerad kromoglikat/nedokromil**

76.6.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

76.6.2. Vilken är dosen per puff (i milligram)?

- 76.6.3. Under de senaste **3 månaderna**, hur har du använt den: **SÄTT KRYSS I EN RUTA**
- a) vid behov 1
  - b) i korta behandlingskuror 2
  - c) kontinuerligt 3
  - d) inte alls 4

**Om svaret på 76.6.3 är vid behov:**

76.6.4 Antal puffar per månad

**Om svaret på 76.6.3 är i korta behandlingskuror**

76.6.5 antal behandlingskuror

76.6.6 antal puffar per dag

76.6.7 genomsnittligt antal dagar per månad

**Om svaret på 76.6.3 är kontinuerligt**

76.6.8 antal puffar per dag

NEJ JA

**76.7 inhälerade kombinationspreparat**

(Inkludera kombinationer som omfattar beta-2 och steroider i sektion 76.5)

76.7.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

76.7.2 Vilket slags inhalator använder du?

76.7.3. Vilken är dosen per puff (i mikrogram)?

77. Har du tagit använt **kapslar, tabletter** eller **mediciner**, förutom inhälerade mediciner, för Din andning någon gång under de senaste **12 månaderna**? NEJ JA

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 78, OM 'JA':**

Vilka av följande mediciner har du tagit under de senaste **12 månaderna**?

**77.1 orala beta-2-stimulerande mediciner**

NEJ JA

77.1.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

77.1.2 Vilken tabletdos

77.1.3. Under de senaste **3 månaderna**, hur har du använt dem:

- a) vid behov
- b) i korta behandlingskurer
- c) kontinuerligt
- d) inte alls

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

**Om svaret på 77.1.3 är vid behov:**

77.1.4 Antal tabletter per månad

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

**Om svaret på 77.1.3 är i korta behandlingskurer**

77.1.5 antal behandlingskurer

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

77.1.6 tabletter per dag

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

77.1.7 genomsnittligt antal dagar per månad

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

**Om svaret på 77.1.3 är kontinuerligt**

77.1.8 tabletter per dag

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

NEJ JA

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

77.2 **orala metylxantiner (teofyllin)**

77.2.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

77.2.2 Vilken tabletdos

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

77.2.3. Under de senaste **3 månaderna**, hur har du använt den:

- a) vid behov
- b) i korta behandlingskurer
- c) kontinuerligt
- d) inte alls

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

**Om svaret på 77.2.3 är vid behov:**

77.2.4 Antal tabletter per månad

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

**Om svaret på 77.2.3 är i korta behandlingskurer**

77.2.5 antal behandlingskurer

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

77.2.6 tabletter per dag

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

77.2.7 genomsnittligt antal dagar per månad

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

**Om svaret på 77.2.3 är kontinuerligt**

77.2.8 tabletter per dag

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

NEJ JA

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

77.3 **orala steroider**

77.3.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

77.3.2 Vilken tabletdos

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

77.3.3. Under de senaste **12 månaderna**, hur har du använt den:

- a) vid behov
- b) i korta behandlingskurer
- c) kontinuerligt
- d) inte alls

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

**Om svaret på 77.3.3 är vid behov:**

77.3.4 Antal tabletter per månad

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

**Om svaret på 77.3.3 är i korta behandlingskurer**

77.3.5 antal behandlingskurer

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

77.3.6 tabletter per dag

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

77.3.7 genomsnittligt antal dagar per månad

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

**Om svaret på 77.3.3 är kontinuerligt**

77.3.8 tabletter per dag

--	--

--	--

77.3.9. Har du tagit dem under de senaste **3 månaderna**?

--	--

**77.4 orala anti-leukotriener**

77.4.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

77.4.2 Vilken tablett dos


77.4.3. Under de senaste **3 månaderna**, hur har du använt den:

- a) vid behov
- b) i korta behandlingsskurer
- c) kontinuerligt
- d) inte alls

SÄTT KRYSS I EN RUTA


**Om svaret på 77.4.3 är vid behov:**

77.4.4 Antal tabletter per månad

--	--

**Om svaret på 77.4.3 är i korta behandlingsskurer**

77.4.5 antal behandlingsskurer

77.4.6 tabletter per dag

77.4.7 genomsnittligt antal dagar per månad


**Om svaret på 77.4.3 är kontinuerligt**

77.4.8 tabletter per dag

--	--

--	--

**77.5 ketotifen**

77.5.1 I så fall, vilken? \_\_\_\_\_

77.5.2 Vilken tablett dos


77.5.3. Under de senaste **3 månaderna**, hur har du använt den:

- a) vid behov
- b) i korta behandlingsskurer
- c) kontinuerligt
- d) inte alls

SÄTT KRYSS I EN RUTA


**Om svaret på 77.5.3 är vid behov:**

77.5.4 Antal tabletter per månad

--	--

**Om svaret på 77.5.3 är i korta behandlingsskurer**

77.5.5 antal behandlingsskurer

77.5.6 tabletter per dag

77.5.7 genomsnittligt antal dagar per månad


**Om svaret på 77.5.3 är kontinuerligt**

77.5.8 tabletter per dag

--	--

--	--

78. Har du tagit några **inhalerade steroider** sedan den **förra undersökningen** (visa lista)?

**OM SVARET ÄR 'NEJ' GÅ TILL FRÅGA 79, OM 'JA':**

78.1. Hur gammal var du när du först började använda inhalerade steroider?

--	--

78.2. Har du använt inhalerade steroider **varje år** sedan förra undersökningen?

--	--

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL FRÅGA 78.3, OM 'JA':**

78.2.1. I genomsnitt, hur många månader varje år har du tagit dem?

**NÄR FRÅGA 78.2.1 ÄR BESVARAD GÅ TILL FRÅGA 79**

MÅNADADER

--	--

ANTAL ÅR

--	--

MÅNADER

--	--

78.3 Under hur många år sedan förra undersökningen har du använt inhalede steroider?

78.4 I genomsnitt, hur många månader under de åren har du tagit dem?

79. Har Du hyposensibiliserats för allergi sedan förra undersökningen?

--	--	--

**OM SVARET ÄR 'NEJ' ELLER 'VET EJ' GÅ TILL FRÅGA 80, OM 'JA':**

79.1 Har Du hyposensibiliserats för allergi under de senaste 12 månaderna?

--	--

80. Har du tagit några andra **injektioer** för Din andning under de senaste 12 månaderna?

--	--

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 81, OM 'JA':**

80.1 Vilken/vilka injektioner? \_\_\_\_\_


81. Har Du använt stolpiller, suppositorier eller klyksma mot Dina andningsbesvär de senaste 12 månaderna?

--	--

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 82, OM 'JA':**

81.1 Vilka? \_\_\_\_\_


82. Har Du tagit andra medel eller fått någon annan behandling mot Dina andningsbesvär någon gång under de senaste 12 månaderna?

--	--

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 83 OM 'JA':**

82.1 Vilken/vilka? \_\_\_\_\_


83. Har Du någon gång av läkare blivit ordinerad läkemedel inklusive inhalatorer mot Dina andningsbesvär?

--	--

**OM SVARET ÄR 'NEJ', GÅ TILL FRÅGA 84, OM 'JA':**

83.1 När Du blivit ordinerad läkemedel mot Dina andningsbesvär brukar Du då **vanligtvis** använda

- a) all medicin?
- b) nästan alltihopa?
- c) något?
- d) inget?

SÄTT KRYSS I EN RUTA


83.2 När Du **försämras i andningen**, och har ordinerats läkemedel för andningsbesvär, tar Du då vanligtvis

- a) all medicin?
- b) nästan alltihopa?
- c) något?
- d) inget?

SÄTT KRYSS I EN RUTA


83.3 Tror Du att det är skadligt för Dig att ständigt ta läkemedel

--	--

som hjälp för Din andning?

83.4 Anser Du att Du bör ta så mycket läkemedel som möjligt för att bli av med *alla* Dina andningsbesvär?

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

84. Har Du sedan den **förra undersökningen** behövt uppsöka akutmottagning på grund av andningsbesvär?

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

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL FRÅGA 85, OM JA**

84.1 Har Du under de senaste **12 månaderna** behövt uppsöka akutmottagning på grund av andningsbesvär?

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

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL 85, OM JA**

84.2 Berodde det på astma, andnöd eller pip i bröstet?

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

84.2.1 Hur många gånger **under de senaste 12 månaderna**?

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

85. Har Du sedan **förra undersökningen** vart inlagd en natt på sjukhus på grund av andningsbesvär?

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

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL FRÅGA 86 OM JA**

85.1 Har Du under de senaste **12 månaderna** varit inlagd en natt på sjukhus på grund av andningsbesvär?

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

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL FRÅGA 86, OM JA**

85.1.2. Berodde det på astma, andnöd eller pip i bröstet?

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

85.2 Hur många nätter har Du tillbringat på var och en av följande typer av avdelningar under de senaste **12 månaderna**?

Allmän medicinsk  
Lungavdelning  
Rehabilitering  
Intensivvårdsenhet  
Övrig

ANTAL	
<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"/>

86. Har Du sedan **förra undersökningen**, sökt läkare för andningsproblem eller andnöd?

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

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL FRÅGA 87, OM JA**

86.1 Har Du uppsökt husläkare eller distriktsläkare på grund av andningsproblem eller andnöd under de senaste **12 månaderna**?

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

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL FRÅGA 86.4, OM JA**

86.1.1. Berodde det på astma, andnöd eller pip i bröstet?

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

86.2 Hur många gånger har Du uppsökt husläkare eller distriktsläkare på grund av andningsproblem eller andnöd på var och en av följande platser under de senaste 12 månaderna?

hemma (med undantag av akut eller jourbesök)  
på hans/hennes mottagning  
hemma vid akut eller jourbesök  
på annan plats

ANTAL	
<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 Har Du uppsökt en specialist (lungläkare, allergi-specialist, internmedicinläkare, öron-näsa-halsläkare) på grund av andningsproblem eller andnöd **under de senaste 12 månaderna**?

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

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL FRÅGA 87, OM JA**

86.4.1 Hur många gånger?

--	--

87. Går Du regelbundet på besök hos läkare (eller sköterska) för på grund av astma, pip i bröstet eller andnöd?

NEJ	JA

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL FRÅGA 88 OM JA**

87.1. Har Du regelbundna besökstider hos en sjukhusläkare?

NEJ	JA

87.2 Har Du regelbundna besökstider hos en husläkare eller distriktsläkare?

NEJ	JA

87.3. Har Du regelbundna besökstider hos en sköterska?

NEJ	JA

88. Hur många gånger har Du uppsökt nedanstående på grund av andningsproblem eller andnöd **under de senaste 12 månaderna**

88.1 sköterska

88.2 sjukgymnast

88.3 utövare av alternativmedicin

ANTAL


89. Har Du gjort några speciella prov, tester eller laboratorieprov på grund av astma, pip i bröstet eller andnöd **under de senaste 12 månaderna**?

NEJ	JA

**OM NEJ GÅ TILL FRÅGA 90 ,OM JA**

89.1. Hur många gånger har Du gjort följande **under de senaste 12 månaderna**?

Särskilt andningsprov (spirometri) för att mäta lungfunktionen

Hudprov för att testa allergiska reaktioner

Blodprov för allergikontroll

Röntgenundersökning

ANTAL


NEJ	JA

90. Arbetar Du för närvarande?

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL FRÅGA 90.2, OM JA**

90.1. Hur många arbetsdagar har Du förlorat på grund av astma, pip i bröstet eller andnöd under de senaste **12 månaderna**?

--	--	--

90.2. Har Du någon gång varit tvungen att **sluta arbeta** på grund av astma, pip i bröstet eller andnöd under de senaste **12 månaderna**?

NEJ	JA

**OM SVARET ÄR NEJ GÅ TILL 91, OM JA**

90.2.1. När?

DAG	MÅNAD	ÅR

91. Har Du någon gång varit tvungen att **sluta med andra aktiviteter än arbete** (t.ex. passa barn, sköta hushållet, studera) på grund av astma, pip i bröstet eller andnöd under de senaste **12 månaderna**?

NEJ	JA

**OM SVARET ÄR NEJ HAR DU AVSLUTAT FRÅGEFORMULÄRET, OM JA**

92.1. I genomsnitt hur många dagar varje månad?

--	--



**Frågor till den som intervjuar vid frågeformulärets slut:**

Är den undersökte man eller kvinna?

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

När är den undersökte född?

DAG	MÅN	ÅR
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**INTERVJUTYP?**

- a) På centret, ansikte mot ansikte
- b) Hemma, ansikte mot ansikte
- c) Per telefon
- d) Fyllt i själv hemma

SÄTT KRYSS I EN RUTA

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

**SLUT**

FÄLTARBETARENS NUMMER