

Spørgeskema I

Besvar spørgsmålene ved at krydse af, skrive i eller sætte en ring omkring det rigtige svar. Hvis De er usikker ved "nej-ja-spørgsmål" vælg Nej-svaret.

- | | | | | |
|-----|---|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| 1. | Har De nogensinde haft pibende eller hvæsende vejrtrækning inden for de seneste 12 måneder? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja
<input type="checkbox"/> | |
| | Hvis "Nej" gå videre med spørgsmål 2, hvis "Ja": | | | |
| 1.1 | Har De nogensinde haft åndenød samtidig med pibende eller hvæsende vejrtrækning? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja
<input type="checkbox"/> | |
| 1.2 | Har De nogensinde haft pibende eller hvæsende vejrtrækning uden at være forkølet? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja
<input type="checkbox"/> | |
| 2. | Er De nogensinde vågnet om natten med besværet vejrtrækning i de sidste 12 måneder? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja
<input type="checkbox"/> | |
| 3. | Er De nogensinde vågnet på grund af åndenød om natten inden for de sidste 12 måneder? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja
<input type="checkbox"/> | |
| 4. | Er De nogensinde vågnet om natten på grund af hoste inden for de sidste 12 måneder? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja
<input type="checkbox"/> | |
| 5. | Har De haft et astmaanfald de sidste 12 måneder? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja
<input type="checkbox"/> | |
| 6. | Tager De på nuværende tidspunkt noget medicin for astma = inhalatorer, aerosoler (spray) eller tabletter? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja
<input type="checkbox"/> | |
| 7. | Har De allergi i næsen, incl. høfeber? | Nej
<input type="checkbox"/> | Ja
<input type="checkbox"/> | |
| 8. | Hvad er Deres fødselsdato? | dag
<input type="checkbox"/> | måned
<input type="checkbox"/> | år
<input type="checkbox"/> |
| 9. | Hvilken dato er det i dag? | dag
<input type="checkbox"/> | måned
<input type="checkbox"/> | år
<input type="checkbox"/> |
| 10. | Hvad er Deres køn? | Mand
<input type="checkbox"/> | Kvinde
<input type="checkbox"/> | |
| 11. | Hvor høj er De? | _____ cm | | |
| 12. | Hvor meget vejer De? | _____ kg | | |

13.	Har De gennem de sidste år været generet af langvarig hoste?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
14.	Hoster De sædvanligvis slim op eller har De slim i lungerne, som De har svært ved at få op?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Hvis "Nej" gå til spørgsmål 18, hvis "Ja":	Nej	Ja
15.	Hoster De på denne måde slim op næsten hver dag i mindst 3 måneder om året?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hvis "Nej" gå til spørgsmål 18, hvis "Ja":		
16.	Hvor gammel var De da dette besvær startede?	_____	år
		Nej	Ja
17.	Har De haft sådanne perioder med ophostning af slim i mindst 2 år i træk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nej	Ja
18.	Ryger De (det gælder også, hvis De kun ryger enkelte cigaretter/cigarer eller pipe om ugen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nej	Ja
19.	Har De tidligere røget?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hvis "Nej" til spørgsmål 18 og 19, gå til spørgsmål 20, hvis "Ja":		
19.1	Ryger/har røget _____ cigaretter pr. uge _____ cigarer pr. uge _____ pakker pibetobak pr. uge		
	Har røget i _____ år		
	Ophørte med rygning i 19 _____ (årstal)		
		Nej	Ja
20.	Har De eller har De haft astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hvis "nej" gå til spørgsmål 24, hvis "Ja":		
		Nej	Ja
21.	Var det bekræftet af en læge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Hvor gammel var De, da De havde det første astmaanfald?	_____	år
23.	Hvilket år havde De senest astmabesvær?	19 _____	(årstal)
24.	Har De nogensinde haft gener fra næsen, såsom tæthed i næsen, løbende næse og/eller nyseanfald uden at være forkølet?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Hvis "Nej" gå til spørgsmål 25, hvis "Ja":		
24.1	Hvor gammel var De da De mærkede generne første gang?		år

24.2 Hvilken årstid er generne fra næsen værst? (Sæt ring om det rigtige svar)

Forår Sommer Efterår Vinter Altid Ved ikke

25. I hvilken type bolig bor De? (Sæt ring om det rigtige svar)

Villa Rækkehus/dobbelthus Lejlighed Andet

26. Hvornår flyttede De ind i Deres nuværende bolig? 19 _____ (årstal)

27. Hvilket år er bygningen/huset opført _____ (årstal)

28. Bliver der røget indendøre i Deres nuværende bolig? (Sæt ring om det rigtige svar)

Ja Ja ofte Ja indimellem Nej
dagligt 1-4 gange/uge 1-3 gange/måned aldrig

29. Er Deres bolig blevet malet indvendigt inden for de sidste 12 måneder?

Hvis "Nej" gå til spørgsmål 30, hvis "Ja":

Nej Ja

29.1 Hvornår skete dette? _____ måned _____ år

29.2 Hvad blev malet? (Sæt ring om et eller flere rigtige svar)

Loft Vægge Træværk Gulv Metalrør/radiatorer Andet

30. Er noget af følgende konstateret i Deres bolig inden for de sidste 12 måneder?

30.1 Vandskader/fugtskader indendørs på vægge, gulv eller lofter

Nej Ja

30.2 "Bulende" eller gulfede kunststof-gulvbelægnings, eller misfarvet trægulv

Nej Ja

30.3 Synlig vækst af skimmel på vægge, gulv eller lofter

Nej Ja

30.4 Skimmel eller muglugt i et eller flere af opholdsrummene (ikke kælder).

Nej Ja

30.5 Anden lugt/odeur i opholds- eller soverum.

Nej Ja

31. Er der gennem de seneste 8 år konstateret tegn på fugtskader, vandlækage eller vækst af skimmelsvampe i Deres bolig?

Nej Ja

32. Er Deres bolig blevet malet om indvendigt inden for sidste 8 år?

Nej Ja

24.2 Hvilken årstid er generne fra næsen værst? (Sæt ring om det rigtige svar)

Forår Sommer Efterår Vinter Altid Ved ikke

25. I hvilken type bolig bor De? (Sæt ring om det rigtige svar)

Villa Rækkehus/dobbelthus Lejlighed Andet

26. Hvornår flyttede De ind i Deres nuværende bolig? 19 _____ (årst)

27. Hvilket år er bygningen/huset opført _____ (årst)

28. Bliver der røget indendøre i Deres nuværende bolig? (Sæt ring om det rigtige svar)

Ja Ja ofte Ja indimellem Nej
dagligt 1-4 gange/uge 1-3 gange/måned aldrig

29. Er Deres bolig blevet malet indvendigt inden for de sidste 12 måneder?
Hvis "Nej" gå til spørgsmål 30, hvis "Ja":

Nej Ja

29.1 Hvornår skete dette? _____ måned _____ år

29.2 Hvad blev malet? (Sæt ring om et eller flere rigtige svar)

Loft Vægge Træværk Gulv Metalrør/radiatorer Andet

30. Er noget af følgende konstateret i Deres bolig inden for de sidste 12 måneder?

30.1 Vandskader/fugtskader indendørs på vægge, gulv eller lofter

Nej Ja

30.2 "Bulende" eller gulfede kunststof-gulvbelægnings, eller misfarvet trægulv

Nej Ja

30.3 Synlig vækst af skimmel på vægge, gulv eller lofter

Nej Ja

30.4 Skimmel eller muglugt i et eller flere af opholdsrummene (ikke kælder).

Nej Ja

30.5 Anden lugt/odeur i opholds- eller soverum.

Nej Ja

31. Er der gennem de seneste 8 år konstateret tegn på fugtskader, vandlækage eller vækst af skimmelsvampe i Deres bolig?

Nej Ja

32. Er Deres bolig blevet malet om indvendigt inden for sidste 8 år?

Nej Ja

33. Angiv dine forskellige slags job (ansættelser) med fag, arbejdsopgaver og tidsperioder. Ansættelser kortere end 6 måneder behøver ikke at blive angivet. Med ansættelser menes også arbejde som selvstændig.

Eksempel:

Branche	Arbejdsopgaver	Fra	Til
Byggeservice	Rørlægger	1965	1986
	Vicevært	1986	ikke opført

34. Har De arbejdet med svejsning eller på anden måde blevet udsat for metalrøg/svejsrerøg? Nej Ja

Hvis "Nej" gå til spørgsmål 35, hvis "Ja":

34.1 I hvilken periode 19 __ - 19 __ (årstal)

- 34.2 Har De i nogen ansættelser arbejdet med svejsning i mere end 25 % af din arbejdstid? Nej Ja

- 34.3 Har De sammenlagt svejset i rustfrie materialer i mere end 6 måneder? Nej Ja

- 35 Hvor ofte har De i gennemsnit spist fisk (fiskeretter) gennem de seneste år? Sæt ring om ét alternativ)

1 port./md. 1-3 port./md. 1 port./uge 2-4 port./uge 5-6 port./uge mindst 1 port./dag

- 35.1 Hvor ofte spiste De fisk som barn? (Sæt ring om et alternativ)

Aldrig Sjældent Hver uge Flere gange pr. uge Næsten dagligt

- 35.2 Anvender De fiskeolie? Nej Ja

Hvis "Nej" gå til spørgsmål 36, hvis "Ja":

- 35.3 Hvor ofte? (Sæt ring om et alternativ)

Hver måned Hver uge Hver dag Mindre end en gang/md

36. Hvor mange luftvejsinfektioner har De haft gennem **de sidste 12 måneder**? _____ antal

37. Har De fået antibiotika (f.eks. penicillin) p.g.a. luftvejsinfektioner inden for **de sidste 12 måneder**? Nej Ja

38. Hvor gammel var Deres moder, da De blev født? _____ år

39. Fandtes der husdyr i Deres hjem, da De blev født? (Sæt ring om **et eller flere rigtige svar**)

Hund **Kat** **Andre pelsdyr**

39.1 Fandtes der husdyr i Deres hjem, da De var barn? (Sæt ring om **et eller flere rigtige svar**)

Hund **Kat** **Andre pelsdyr**

40. Har De været indlagt på sygehus **inden 2 års alderen** p.g.a. sygdom i luftvejene (astma, halskatar, bronkitis eller lungebetændelse) Nej Ja

41. Havde De som barn gentagne mellemørebetændelser? Nej Ja

42. Hvilken uddannelse har/havde Deres mor? (Sæt ring om **et eller flere rigtige svar**)

Folkeskole **Gymnasium e.l.** **Universitet e.l.** **Andet**

43. Hvilken uddannelse har/havde Deres far? (Sæt ring om **et eller flere rigtige svar**)

Folkeskole **Gymnasium e.l.** **Universitet e.l.** **Andet**

44. Hvor mange personer boede i Deres hjem **da De var 5 år**? _____ Antal

45 – 51 Spørgsmål om søvn og søvnkvalitet:

Tallene betyder: 1: Aldrig eller sjældent
 2: Mindre end én gang om ugen
 3: 1-2 gange om ugen
 4: 3-5 gange om ugen
 5: Næsten hver dag eller nat

Hvor ofte er sket gennem de sidste måneder:

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 45. | - at De har snorket højt og forstyrrende? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. | - at De har haft halsbrand eller sure opstød efter De er gået i seng? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 47. | - at De har anvendt sovemedicin? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 48. | - at De har haft svært ved at falde i søvn om aftenen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. | - at De er vågnet gentagne gange i løbet af natten? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. | - at De føler Dem søvrig om dagen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. | - at De er vågnet for tidligt om morgenen, og ikke kan sove igen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

52. Har De højt blodtryk? Nej Ja

53. Har De hjertesygdom? Nej Ja

54. Er De af læge blevet fortalt, at De har sukkersyge?
 Hvis "Nej" gå til spørgsmål 55, hvis "Ja":

54.1 Hvor gammel var De da? _____ år

55. Har De haft piben eller hvæsen fra brystet **inden for de sidste 3 dage**? Nej Ja

56. Er De vågnet om natten p.g.a. af åndenød **inden for de sidste 3 dage**? Nej Ja

57. Er De vågnet om natten p.g.a. hosteanfald **inden for de sidste 3 dage**? Nej Ja

58 – 62 Skal kun besvares af kvinder

58. Dato for sidste menstruations første blødningsdag? dag måned år

59. Har De regelmæssige menstruationer? Nej Ja

60. Er De gravid? Nej Ja

61. Anvender De p-piller? Nej Ja

62. Er De kommet i overgangsalderen (6 måneder eller mere siden sidste menstruation)? Nej Ja

Hvis "Nej" så er De færdig, hvis "Ja":

62.1 Siden hvilken alder _____ år

62.2 Får De hormonbehandling/substitutionsbehandling? Nej Ja

I tilfælde af at vi gerne vil kontakte Dem igen, skriv venligst telefonnummer nedenfor

Telefonnummer: Dagtid _____

 Aften _____

Returneres i udfyldt stand i vedlagte, frankerede svarkuvert og send det.

TAK FOR HJÆLPEN