



A FAMILIE		F RØYKING		
Har en eller flere av foreldre eller sosken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? 12		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> VET IKKE	Røyker De Sigaretter daglig? 31 (håndrullet eller fabrikkframstilt) Sigarer eller serutter/sigarillos daglig? 32 Pipe daglig? 33	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
B EGEN SYKDOM Har De, eller har De hatt:		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	Hvis De ikke røyker daglig nå, besvar da: Har De røykt daglig tidligere? 34	<input type="checkbox"/>
Hjereteinfarkt? 13 Angina pectoris(hjertekrampe)? 14 Hjerneslag? 15 Sukkersyke? 16		<input type="checkbox"/>	Hvis De svarte «JA», hvor lenge er det siden De sluttet? Mindre enn 1 år? 35 Mer enn 1 år?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Hvis De har sukkersyke, i hvilket år ble diagnosen stillet? 17		19 _____	Besvares av dem som røyker nå eller som har røykt tidligere: Hvor mange år tilsammen har De røykt daglig? 36	Antall år
Er De under medikamentell behandling for høyt blodtrykk? 19		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	Hvor mange sigaretter røyker eller røykte De daglig? Oppgi tallet på sigaretter daglig 38 (håndrullet = fabrikkframstilt)	Antall sigaretter
C SYMPTOMER Får De smerter eller ubehag i brystet når De:		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	G KAFFE Hvor mange kopper kaffe drikker De vanligvis daglig? Sett kryss i den ruta hvor «JA» passer best	
Går i bakker, trapper eller fort på flat mark? 20 Går i vanlig takt på flat mark? 21		<input type="checkbox"/>	Drikker ikke kaffe, eller mindre enn en kopp 42 1-4 kopper 43 5-8 kopper 44 9 eller flere kopper 45	
Dersom De får smerter eller vondt i brystet ved gange, pleier De da å:		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Hva slags kaffe drikker De vanligvis daglig? Kokekaffe 43 Filterkaffe 44 Pulverkaffe 45 Koffeinfri kaffe 46 Drikker ikke kaffe 47	
Stoppe? 22 Saktne farten? Fortsette i samme takt?		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
Dersom De stopper eller saktner farten, forsvinner smertene da:		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI		
Etter mindre enn 10 minutter? 23 Etter mer enn 10 minutter?		<input type="checkbox"/>		
Har De vanligvis:		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI		
Hosie om morgenen? 24 Oppspylt fra brystet om morgenen? 25		<input type="checkbox"/>		
D MOSJON Bevegelse og kroppslig anstrengelse i Deres fritid. Hvis aktiviteten varierer meget f.eks. mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året. Sett kryss i den ruta hvor «JA» passer best		<input type="checkbox"/>	H ARBEID Har De i det siste året hatt: Sett kryss i den ruta hvor «JA» passer best	
Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse? 26		<input type="checkbox"/>	For det meste stillesittende arbeid? 48 (f.eks. skrivebordsarbeid, umakerarbeid, montering)	
Spaserer, sykler eller beveger Dem på annen måte minst 4 timer i uka? (Her skal De også regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.)		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Arbeid som krever at De går mye? 49 (f.eks. ekspediterarb., lett industriarb., undervisning)	
Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.? (Merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uka.)		<input type="checkbox"/> 3	Arbeid hvor De går og løfter mye? 50 (f.eks. postbud, tyngre industriarb., bygningsarbeid)	
Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka?		<input type="checkbox"/> 4	Tungt kroppsarbeid? (f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygn.arb.)	
E SALT/FETT Hvor ofte bruker De salt kjøtt eller salt fisk til middag? Sett kryss i den ruta hvor «JA» passer best		<input type="checkbox"/>	Har De i Deres arbeid noen gang vært i kontakt med: Asbeststøv? 49 Kvartsstøv? 50	
Aldri eller sjeldnere enn en gang i måneden 27 Opptil en gang i uka Opptil to ganger i uka Mer enn to ganger i uka		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Har De vanligvis skiftarbeid eller nattarbeid? 51	
Hvor ofte pleier De strø ekstra salt på middagsmaten? Sett kryss i den ruta hvor «JA» passer best		<input type="checkbox"/>	Er husarbeid i hjemmet hovedyrket Deres? 52 (Svar: «NEI» hvis lønnet arbeid utenom husarbeid er 18 timer eller mer pr. uke)	
Sjelden eller aldri 28 Av og til eller ofte Alltid eller nesten alltid		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Har De daglig omsorg for syke eller funksjonshemmede i familien? 53	
Hva slags margarin eller smør bruker De til vanlig på brød? Sett kryss i den ruta hvor «JA» passer best		<input type="checkbox"/>	Har De i løpet av de siste 12 måneder fått arbeidsledighetstrygd? 54	
Bruker ikke smør eller margarin på brød 29 Smør Hard margarin Myk (Soft) margarin Smør/margarin blanding		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Er De for tiden sykmeldt, eller får De atferingspenger? 55	
Hva slags fett blir til vanlig brukt til matlagning i Deres husholdning? Sett kryss i den ruta hvor «JA» passer best		<input type="checkbox"/>	Har De full eller delvis uførepensjon? 56	
Smør eller hard margarin 30 Myk (Soft) margarin eller olje Smør/margarin blanding		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	I ETTERUNDERSØKELSE Er to eller flere av dine besteforeldre av finsk ætt? 57 Er to eller flere av dine besteforeldre av samisk ætt? 58	
Er De eller flere av dine besteforeldre av finsk ætt? 57		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> VET IKKE	Hvis denne helseundersøkelsen viser at du bør undersøkes nærmere: Hvilken almenpraktiserende lege/kommunelege ønsker du da å bli henvist til?	
Er to eller flere av dine besteforeldre av samisk ætt? 58		<input type="checkbox"/>	Skriv navnet på legen her 	
Hvis denne helseundersøkelsen viser at du bør undersøkes nærmere: Hvilken almenpraktiserende lege/kommunelege ønsker du da å bli henvist til?		<input type="checkbox"/>	Ingen spesiell lege 62	
Skriv navnet på legen her 		<input type="checkbox"/>	Ikke skriv her	
Ingen spesiell lege 62		<input type="checkbox"/>	Ikke skriv her	