

A		JA	NEI
Har De, eller har De hatt:			
Hjerteinfarkt?	33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris (hjertekrampe)?	34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen hjertesykdom?	35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åreforkalkning i beina?	36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag?	37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyke?	38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er De under behandling for:			
Høyt blodtrykk?	39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker De:			
Nitroglycerin?	40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B		JA	NEI
Får De smerter eller ubehag i brystet når De:			
Går i bakker, trapper eller fort på flat mark?	41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går i vanlig takt på flat mark?	42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De får smerter eller ubehag i brystet ved gange, pleier De da å:			
1 Stanse?	43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Saktne farten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Fortsette i samme takt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De stanser eller saktner farten, forsvinner smertene da:			
1 Etter mindre enn 10 minutter?	44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Etter mer enn 10 minutter?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får De smerter i tykkleggen når De:			
Går?	45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er i ro?	46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De får leggsmerter, besvar da:			
Forverres smertene ved raskere tempo eller i bakker?	47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gir smertene seg når De stopper?	48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har De vanligvis:			
Hoste om morgenen?	49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppspytt fra brystet om morgenen?	50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C		JA
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 ruten hvor „JA“ passer best.		
1 Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?	51	<input type="checkbox"/>
2 Spaserer, sykler eller beveger Dem på annen måte minst 4 timer i uken?		<input type="checkbox"/>
(Heri medregnes også gang eller sykling til arbeidestedet, søndagsturer m.m.)		
3 Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.?		<input type="checkbox"/>
(Merk at virksomheten skal vare minst 4 timer i uken.)		
4 Trener hardt eller driver konkurranseidrett, regelmessig og flere ganger i uken?		<input type="checkbox"/>

D		JA	NEI
Røyker De daglig for tiden?	52	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis svaret var „JA“ på forrige spørsmål, besvar da:			
Røyker De sigaretter daglig?	53	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(håndrullede eller fabrikkframstilte)			
Hvis De ikke røyker sigaretter nå, besvar da:			
Har De røykt sigaretter daglig tidligere?	54	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De svarte „JA“, hvor lenge er det siden De sluttet?			
1 Mindre enn 3 måneder?	55	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 3 måneder - 1 år?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 1 - 5 år?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Mer enn 5 år?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvares av dem som røyker nå eller har røykt tidligere:			
Hvor mange år tilsammen har De røykt daglig?	56-57	Antall år: <input type="text"/>	
Hvor mange sigaretter røyker eller røykte De daglig? Oppgi antall pr. dag (håndrullede + fabrikkframstilte)	58-61	Ant. sigaretter: <input type="text"/>	
Røyker De noe annet enn sigaretter daglig?			
Sigarer eller serutter /cigarillos?	62	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipe?	63	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De røyker pipe, hvor mange pakker tobakk (50 gram) bruker De i pipa pr. uke?			
Oppgi gjennomsnittlig antall pakker pr. uke.	64-66	Ant. tobakkprk. <input type="text"/>	

E		JA	NEI
Har De vanligvis skiftarbeid eller nattarbeid?	67	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan De vanligvis komme hjem fra arbeidet:			
Hver dag?	68	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hver helg?	69	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har De i perioder lengre arbeidsdager enn vanlig?	70	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f.eks. under sesongfiske, onnearbeid)			
Har De i løpet av siste året hatt:			
Sett kryss i den ruten hvor „JA“ passer best.			
1 Overveiende stillesittende arbeid?	71	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f.eks. skrivebordsarb., urmakerarb., montering)			
2 Arbeid som krever at De går mye?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f.eks. ekspeditørarb., lett industriarb., undervisen.)			
3 Arbeid hvor De går og løfter mye?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f.eks. postbud, tyngre industriarb., bygningsarb.)			
4 Tungt kroppsarbeid?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f.eks. skogsarbeid, tungt jordbruksarb. tungt bygningsarb.)			
Har De i løpet av de siste 12 mnd måttet flytte fra hjemstedet på grunn av forandring i arbeidssituasjonen?	72	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er husmorarbeid Deres hovedyrke?	73	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har De i løpet av de siste 12 mnd fått arbeidsledighetstrygd?	74	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er De for tiden sykmeldt, eller får De attføringspenger?	75	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har De full eller delvis uførepensjon?	76	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F		JA	NEI	VEIT IKKE
Har en eller flere av foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)?	77	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G		JA	NEI
Har noen i Deres husstand (utenom Dem selv) vært innkalt til nærmere undersøkelse hos distriktslegen etter forrige hjerte-kar undersøkelse?	80	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MELDING OM SKJERMBILDEFOTOGRAFERING OG HJERTE-KARUNDERSØKELSE

(Gjelder bare den person brevet er adressert til)

Skjermbildefotograferingen kommer nå til
Deres distrikt.

Tid og sted for Deres frammøte vil De finne
nedenfor.

Denne gangen vil en del av befolkningen også
få tilbud om hjerte-karundersøkelse. De tilhører
denne gruppe. En orientering om undersøkelsen
er gitt i vedlagte brosjyre.

Vennligst fyll ut spørreskjemaet på baksiden
og ta det med til undersøkelsen. Ta også med
skjermbildebevis, tuberkulinkort eller helsebok
om De har.

Fravær bes eventuelt meldt på vedlagte seddel.

Med hilsen

HELSE RÅDET FYLKESLEGEN
STATENS SKJERMBILDEFOTOGRAFERING

Født dato Personnr.

Kommune

Kretsnr.

Møtested

Kjønn

Første bokstav
etternavn Dag og dato

Klokkeslett

SKRIV IKKE HER!

T. S. M.: |_____|

17

M: |_____|

18

19

24

25

30

31

32