

Appendix 2-Questionnaire

HJERTE - KARSYKDOMMER SPØRRESKJEMA - 40 ÅRINGER

TLF. DAGTID _____

KRYSS

A		JA	NEI
Har De, eller har De hatt:			
Hjerteinfarkt?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina pectoris (hjertekrampe)?	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag?	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyke?	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er De under behandling for høyt blodtrykk?	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har en eller flere søsken/foreldre hatt:			
Hjerteinfarkt før 60 års alder?	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerneslag før 70 års alder?	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B		JA
Bevegelse og kroppslig anstrengelse i Deres arbeid.		
Spørsmålet gjelder bare det siste året. Sett kryss i den ruten hvor „JA“ passer best.		
Har De:		
Overveiende stillesittende arbeid? (f.eks. skrivebordsarbeid, urmakerarbeid, montering)	1	<input type="checkbox"/>
Arbeid som krever at De går mye? (f.eks. ekspeditorarbeid, lett industriarbeid, undervisning)	2	<input type="checkbox"/>
Arbeid hvor De går og løfter mye? (f.eks. postbud, tyngre industriarbeid, bygningsarbeid)	3	<input type="checkbox"/>
Tungt kroppsarbeid? (f.eks. skogsarbeid, tungt jordbruksarb., tungt bygn. arb.)	4	<input type="checkbox"/>

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.	
Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?	5 <input type="checkbox"/>
Spaserer, sykler eller beveger Dem på annen måte minst 4 timer i uken? (Heri medregnes også gang eller sykling til arbeidstedet, søndagstur m.m.)	6 <input type="checkbox"/>
Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid el? (Merk at virksomheten skal være minst 4 timer i uken.)	7 <input type="checkbox"/>
Trener hardt eller driver konkurranseidrett, regelmessig og flere ganger i uken?...	8 <input type="checkbox"/>

Bruker De noe medikament regelmessig?
Skriv navnet på preparat(ene) her:
(også eventuelt P-piller!)

FYLLES UT AV 40 ÅRINGS-PROSJEKTET

V _____ H _____ Sy _____ Di _____

KOL _____ TRI _____ HDL _____

Ø GT _____

Bra-Trykk AS

		C	JA	NEI
Har De noen gang røkt daglig? (Spørsmålet gjelder all slags tobakksrøking)	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røker De daglig for tiden?	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis svaret er ja, besvar da:				
Inhalerer De?	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røker De sigaretter daglig? (håndrullede eller fabrikkfremstilte)	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruker De mest filtersigaretter?	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røker De lite av hver sigarett?	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De ikke røker daglig nå, besvar da:				
Har De røkt sigaretter daglig tidligere?	7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De svarte „JA“, hvor lenge er det siden De sluttet?				
Mindre enn 3 måneder?	8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 måneder - 1 år?	9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 år	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-5 år	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-10 år	12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mere enn 10 år	13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange sigaretter røker eller røkte De daglig? (Håndrullede + fabrikkfremstilte)				
1-4?	14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-9?	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-14?	16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-19?	17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-24?	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 eller flere?	19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De røker sigarer/cerrutter/cigarillos hvor mange røker De pr. dag?				
1-2?	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4?	21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 eller flere?	22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De røker pipe, hvor mange pakker pipetobakk (50 g) bruker De pr. uke?				
1/2 pakke eller mindre pr. uke?	23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1/2-2 pakker pr. uke?	24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mere enn 2 pakker pr. uke?	25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor mange år tilsammen av Deres liv har De røkt? _____ (antall år)				
26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D				
Får De smerter i brystet når De:				
Går i bakker, trapper eller fort på flat mark?	1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De får slike smerter, pleier De da å:				
Stanse?	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saktne farten?	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortsette i samme farten?	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis De stanser, forsvinner smertene da etter mindre enn 10 minutter?				
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan slike smerter like gjerne opptre mens De er i ro?				
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FOR SYKEPLEIER, kode _____