

# Helseundersøkelsen i Tromsø

Hovedformålet med Tromsøundersøkelsene er å skaffe ny kunnskap om hjerte-karsykdommer for å kunne forebygge dem. I tillegg skal undersøkelsen øke kunnskapen om kreftsykdommer og andre alminnelige plager som f.eks. allergier, smerter i muskulatur og nervøse lidelser. Vi ber deg derfor svare på noen spørsmål om forhold som kan ha betydning for risikoen for disse og andre sykdommer.

Skjemaet er en del av Helseundersøkelsen som er godkjent av Datatilsynet og av Regional komite for medisinsk forskningsetikk. Svarene brukes bare til forskning og behandles strengt fortrolig. Opplysningene kan senere bli sammenholdt med informasjon fra andre offentlige helseregistre etter de regler som Datatilsynet og Regional komite for medisinsk forskningsetikk gir.

Hvis du er i tvil om hva du skal svare, sett kryss i den ruten som du synes passer best.

Det utfylte skjema sendes i vedlagte svarkonvolutt. Porto er betalt.

På forhånd takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen

Fagområdet medisin  
Universitetet i Tromsø

Statens helseundersøkelser

Hvis du ikke ønsker å besvare spørreskjemaet, sett kryss i ruten under og returner skjemaet. Da slipper du purring.

Jeg ønsker ikke å besvare spørreskjemaet .....17

Dag Mnd År

Dato for utfylling av skjema: .....18 ...../...../.....

## OPPVEKST

I hvilken kommune bodde du da du fylte 1 år?

.....24-28  
Hvis du ikke bodde i Norge, oppgi land i stedet for kommune.

Hvordan var de økonomiske forhold i familien under din oppvekst?

Meget gode .....29   
Gode .....   
Vanskelige .....   
Meget vanskelige .....

Hvor mange av de første 3 årene av ditt liv

– bodde du i by? .....30 \_\_\_\_\_ år  
– hadde dere katt eller hund i hjemmet? .....31 \_\_\_\_\_ år

Hvor mange av de første 15 årene av ditt liv

– bodde du i by? .....32 \_\_\_\_\_ år  
– hadde dere katt eller hund i hjemmet? .....34 \_\_\_\_\_ år

## BOLIG

Hvem bor du sammen med?

Sett ett kryss for hvert spørsmål og angi antall. Ja Nei Antall

Ektefelle/samboer .....36   \_\_\_\_\_  
Andre personer over 18 år .....37   \_\_\_\_\_  
Personer under 18 år .....40   \_\_\_\_\_

Hvor mange av barna har plass i barnehage? .....43 \_\_\_\_\_

Hvilken type bolig bor du i?

Enebolig/villa .....45  1  
Gårdsbruk .....  2  
Blokk/terrasseleilighet .....  3  
Rekkehus/2-4 mannsbolig .....  4  
Annen bolig .....  5

Hvor stor er din boenhet? .....46 \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

I omtrent hvilket år ble boligen bygget? .....49 \_\_\_\_\_

Er boligen isolert etter 1970? .....53  Ja  Nei

Bor du i underetasje/kjeller? .....54    
Hvis "Ja", er gulvbelegget lagt på betong? .....55

Hvordan er boligen hovedsakelig oppvarmet?

Elektrisk oppvarming .....56   
Vedfyring .....   
Sentralvarmeanlegg oppvarmet med:  
Parafin .....   
Elektrisitet .....

Er det heldekkende tepper i stua? .....60  Ja  Nei  
Er det katt i boligen? .....61    
Er det hund i boligen? .....62

## ARBEID

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid, hvordan vil du beskrive ditt arbeid?

For det meste stillesittende arbeid? .....63  1  
(f.eks. skrivebordsarbeid, montering)  
Arbeid som krever at du går mye? .....  2  
(f.eks. ekspeditørb., lett industriarb., undervisning)  
Arbeid hvor du går og løfter mye? .....  3  
(f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeid)  
Tungt kroppsarbeid? .....  4  
(f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygn.arb.)

Kan du selv bestemme hvordan arbeidet ditt skal legges opp?

Nei, ikke i det hele tatt .....64  1  
I liten grad .....  2  
Ja, i stor grad .....  3  
Ja, det bestemmer jeg selv .....  4

Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter? .....65  Ja  Nei

Har du noen av følgende yrker (heltid eller deltid)?

Sett ett kryss for hvert spørsmål. Ja Nei  
Sjåfør .....66    
Bonde/gårdbruker .....    
Fisker .....



## EGNE SYKDOMMER

Har du noen gang hatt:

Sett ett kryss for hvert spørsmål. Oppgi alderen ved hendelsen.  
Hvis det har skjedd flere ganger, hvor gammel var du **siste** gang?

	Ja	Nei	Alder
Lårhalsbrudd.....	69 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brudd ved håndledd/underarm.....	72 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nakkesleng (whiplash).....	75 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Skade</b> som førte til sykehusinnleggelse.....	78 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sår på magesekken.....	81 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sår på tolvfingertarmen.....	84 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magesår-operasjon.....	87 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Operasjon på halsen.....	90 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Har du eller har du hatt:

Sett ett kryss for hvert spørsmål.

	Ja	Nei
Kreftsykdom.....	93 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi (fallesyke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk bronkitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benskjørhet (osteoporose).....	98 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/fibrositt/kronisk smertesyndrom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager som du har søkt hjelp for.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffskiftesykdom (skjoldbruskkjertel).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykdom i leveren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyrestein.....	103 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blindtarmsoperasjon.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi og overfølsomhet		
Atopisk eksem (f.eks. barneeksem).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndeksem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høysnue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matvareallergi.....	108 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen overfølsomhet (ikke allergi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange ganger har du hatt forkjølelse, influensa, "ræksjuka" og lignende siste halvår?..110 \_\_\_\_\_ ganger

Har du hatt dette siste 14 dager?.....112  Ja  Nei

## SYKDOM I FAMILIEN

Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene:

Kryss av for "Ingen" hvis ingen av slektningene har hatt sykdommen.

	Mor	Far	Bror	Søster	Barn	Ingen
Hjerneslag eller hjerneblødning.....	113 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerteinfarkt før 60 års alder.....	119 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreftsykdom.....	125 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma.....	131 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mage/tolvfingertarm-sår.....	137 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benskjørhet (osteoporose).....	143 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske plager.....	149 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi.....	155 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes (sukkersyke).....	161 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– alder da de fikk diabetes.....	167 _____	_____	_____	_____	_____	_____

## SYMPTOMER

Hoster du omtrent daglig i perioder av året?.....177  Ja  Nei

Hvis "Ja":

Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?.....178

Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste år?.....179

Har du hatt episoder med piping i brystet?.....180

Hvis "Ja", har dette oppstått:

Sett ett kryss for hvert spørsmål.

Om natten.....181

Ved luftveisinfeksjoner.....

Ved fysiske anstrengelser.....

Ved sterk kulde.....

Har du merket anfall med plutselig endring i pulsen eller hjerterytmen siste år?.....185

Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?

Aldri, eller noen få ganger i året.....186  1

1-2 ganger i måneden..... 2

Omtrent en gang i uken..... 3

Mer enn en gang i uken..... 4

Hvis du er plaget av søvnløshet i perioder, når på året er du mest plaget?

Ingen spesiell tid.....187  1

Særlig i mørketiden..... 2

Særlig i midnattstiden..... 3

Særlig vår og høst..... 4

Har du det siste året vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?.....188  Ja  Nei

Hvor ofte er du plaget av hodepine?

Sjelden eller aldri.....189  1

En eller flere ganger i måneden..... 2

En eller flere ganger i uken..... 3

Daglig..... 4

Hender det at tanken på å få alvorlig sykdom bekymrer deg?

Ikke i det hele tatt.....190  1

Bare i liten grad..... 2

En del..... 3

Ganske mye..... 4

## BRUK AV HELSEVESENET

Hvor mange ganger har du siste året, på grunn av egen helse eller sykdom, vært:

Sett 0 hvis du **ikke** har hatt slik kontakt.

Antall ganger siste år

Hos vanlig lege/legevakt.....191 \_\_\_\_\_

Hos psykolog eller psykiater.....\_\_\_\_\_

Hos annen legespesialist utenfor sykehus.....\_\_\_\_\_

På poliklinikk.....197 \_\_\_\_\_

Innlagt i sykehus.....\_\_\_\_\_

Hos bedriftslege.....\_\_\_\_\_

Hos fysioterapeut.....203 \_\_\_\_\_

Hos kiropraktor.....\_\_\_\_\_

Hos akupunktør.....\_\_\_\_\_

Hos tannlege.....209 \_\_\_\_\_

Hos naturmedisiner (homøopat, soneterapeut o.l.).....\_\_\_\_\_

Hos håndspålegger, synsk eller "leser".....\_\_\_\_\_



## LEGEMIDLER OG KOSTTILSKUDD

Har du det siste året periodevis brukt noen av de følgende midler daglig eller nesten daglig? Angi hvor mange måneder du brukte dem.

Sett **0** hvis du **ikke** har brukt midlene.

Legemidler

Smertestillende .....	215	_____	mnd.
Sovemedisin .....		_____	mnd.
Beroligende midler .....		_____	mnd.
Medisin mot depresjon .....	221	_____	mnd.
Allergimedisin .....		_____	mnd.
Astmamedisin .....		_____	mnd.

Kosttilskudd

Jerntabletter .....	227	_____	mnd.
Kalktabletter eller benmel .....		_____	mnd.
Vitamin D-tilskudd .....		_____	mnd.
Andre vitamintilskudd .....	233	_____	mnd.
Tran eller fiskeoljekapsler .....		_____	mnd.

Har du de siste 14 dager brukt følgende legemidler eller kosttilskudd?

Sett **ett kryss** for **hvert** spørsmål.

Legemidler

	Ja	Nei
Smertestillende medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febersenkende medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrenemedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksemsalve .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjertemedisin (ikke blodtryksmedisin) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterolsenkende medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin mot depresjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen nervemedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syrenøytraliserende midler .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magesårsmedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter mot diabetes (sukkersyke) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter mot lavt stoffskifte (thyroxin) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortisonabletter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kosttilskudd

Jerntabletter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalktabletter eller benmel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D-tilskudd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre vitamintilskudd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tran eller fiskeoljekapsler .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## VENNER

Hvor mange gode venner har du som du kan snakke fortrolig med og gi deg hjelp når du trenger det?.....259 \_\_\_\_\_ gode venner

Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med andre slektninger!

Hvor mange av disse gode vennene har du kontakt med minst en gang i måneden? .....

.....261	_____	
	Ja	Nei
Føler du at du har nok gode venner?.....263	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. syklubb, idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger?

Aldri, eller noen få ganger i året .....	264	<input type="checkbox"/>	1
1-2 ganger i måneden .....		<input type="checkbox"/>	2
Omtrent en gang i uken .....		<input type="checkbox"/>	3
Mer enn en gang i uken .....		<input type="checkbox"/>	4

## KOSTVANER

Hvis du bruker smør eller margarin på brødet, hvor mange skiver rekker en liten porsjonspakning vanligvis til? Vi tenker på slik porsjonspakning som du får på fly, på kafé o.l. (10-12 gram).

Den rekker til omtrent .....265 \_\_\_\_\_ skiver

Hva slags fett blir vanligvis brukt til **matlaging** (ikke på brødet) i din husholdning?

Meierismør .....	266	<input type="checkbox"/>
Hard margarin .....		<input type="checkbox"/>
Bløt (Soft) margarin .....		<input type="checkbox"/>
Smør/margarin blanding .....		<input type="checkbox"/>
Oljer .....	270	<input type="checkbox"/>

Hva slags type brød (kjøpt eller hjemmebakt) spiser du vanligvis? Sett **ett eller to kryss**!

Loff	Fint brød	Kneipbrød	Grovbrød	Knekkebrød
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
271				275

Hvor mye (i **antall** glass, kopper, poteter eller brødskiver) spiser eller drikker du vanligvis **daglig** av følgende matvarer?

Kryss av for **alle** matvarene.

	0	Færre enn 1	1-2	3-4	5-6	Mer enn 6	
Helmelk (søt eller sur) (glass) .....	276	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lettmelk (søt eller sur) (glass) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skummet melk (søt eller sur) (glass) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Te (kopper) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appelsinjuice (glass) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poteter .....	281	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brødskiver totalt (inkl. knekkebrød) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brødskiver med							
– fiskepålegg (f.eks. makrell i tomat) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– magert kjøttpålegg (f.eks. skinke) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– fetere kjøttpålegg (f.eks. salami) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– gulost .....	286	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– brunost .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– kaviar .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– syltetøy og annet søtt pålegg .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		1	2	3	4	5	6

Hvor mange **ganger i uka** spiser du vanligvis følgende matvarer?

Kryss av for **alle** matvarene.

	Aldri	Færre enn 1	1	2-3	4-5	Omtrent daglig	
Yoghurt .....	290	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kokt eller stekt egg .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Frokostblanding/havregryn o.l. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Middag med							
– rent kjøtt .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– pølser/kjøttpudding/-kaker .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– feit fisk (f.eks. laks/uer) .....	295	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– mager fisk (f.eks. torsk) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– fiskeboller/-pudding/-kaker .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
– grønnsaker .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Majones, remulade o.l. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gulrøtter .....	300	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Blomkål/kål/brokkoli .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epler/pærer .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Appelsiner, mandariner o.l. ....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sukkerholdige leskedrikker .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sukkerfrie («Light») leskedrikker .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sjokolade .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vafler, kaker o.l. ....	307	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		1	2	3	4	5	6



## ALKOHOL

Hvor ofte pleier du å drikke

	øl?	vin?	brennevin?
Aldri, eller noen få ganger i året.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
1-2 ganger i måneden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
Omtrent 1 gang i uken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
2-3 ganger i uken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
Omtrent hver dag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5

308 310

Omtrent hvor ofte har du i løpet av siste år drukket alkohol tilsvarende minst 5 halvflasker øl, en helflaske vin eller 1/4 flaske brennevin?

Ikke siste år.....	<input type="checkbox"/> 1
Noen få ganger.....	<input type="checkbox"/> 2
1 - 2 ganger per måned.....	<input type="checkbox"/> 3
1 - 2 ganger i uken.....	<input type="checkbox"/> 4
3 eller flere ganger i uken.....	<input type="checkbox"/> 5

I omtrent hvor mange år har ditt alkoholforbruk vært slik du har svart i spørsmålene over?.....312 \_\_\_\_\_ år

## SLANKING

Omtrent hvor mange ganger har du bevisst prøvd å slanke deg? Sett 0 hvis ingen forsøk.

- før 20 år.....	<input type="checkbox"/> 314 _____ ganger
- senere.....	<input type="checkbox"/> 316 _____ ganger

Hvis du har slanket deg, omtrent hvor mange kilo har du på det meste gått ned i vekt?

- før 20 år.....	<input type="checkbox"/> 318 _____ kg
- senere.....	<input type="checkbox"/> 320 _____ kg

Hvilken vekt ville du være tilfreds med (din "trivselsvekt")?.....322 \_\_\_\_\_ kg

## UFRIVILLIG URINLEKKASJE

Hvor ofte har du ufrivillig urinlekkasje?

Aldri.....	<input type="checkbox"/> 325 _____ 1
Ikke mer enn en gang i måneden.....	<input type="checkbox"/> 2
To eller flere ganger i måneden.....	<input type="checkbox"/> 3
Ukentlig eller oftere.....	<input type="checkbox"/> 4

Dine kommentarer:

## BESVARES BARE AV KVINNER

### MENSTRUASJON

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon første gang?.....326 \_\_\_\_\_ år

Hvis du ikke lenger har menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet?.....328 \_\_\_\_\_ år

Når du ser bort fra svangerskap og barselsperiode, har du noen gang vært blødningsfri i minst 6 måneder?.....330  Ja  Nei

Hvis "Ja", hvor mange ganger?.....331 \_\_\_\_\_ ganger

Hvis du fremdeles har menstruasjon eller er gravid: dag/ mnd/ år

Hvilken dato startet din siste menstruasjon?.....333 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Bruker du vanligvis smertestillende legemidler for å dempe menstruasjonsplager?.....339  Ja  Nei

### SVANGERSKAP

Hvor mange barn har du født?.....340 \_\_\_\_\_ barn

Er du gravid nå?.....342  Ja  Nei  Usikker

Har du i forbindelse med svangerskap hatt for høyt blodtrykk og/eller eggehvite (protein) i urinen?.....343  Ja  Nei

Hvis "Ja", i hvilket svangerskap? 

	Svangerskap
	Første Senere
For høyt blodtrykk.....	<input type="checkbox"/> 344 <input type="checkbox"/>
Eggehvite i urinen.....	<input type="checkbox"/> 346 <input type="checkbox"/>

Hvis du har født, fyll ut for hvert barn barnets fødselsår og omtrent antall måneder du ammet barnet.

Barn:	Fødselsår:	Antall måneder med amming:
1	348 _____	_____
2	_____	_____
3	356 _____	_____
4	_____	_____
5	364 _____	_____
6	_____	_____

### PREVENSJON OG ØSTROGEN

Bruker du, eller har du brukt:	Nå	Før	Aldri
P-pille (også minipille).....	<input type="checkbox"/> 372	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonspiral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (tabletter eller plaster).....	<input type="checkbox"/> 374	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (krem eller stikkpiller).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 2 3

Hvis du bruker p-pille, hormonspiral eller østrogen; hvilket merke bruker du nå?.....376 \_\_\_\_\_

Hvis du bruker eller har brukt p-pille: Alder da du begynte med P-piller?.....380 \_\_\_\_\_ år

Hvor mange år har du tilsammen brukt P-piller?.....382 \_\_\_\_\_ år

Dersom du har født, hvor mange år brukte du P-piller før første fødsel?.....384 \_\_\_\_\_ år

Hvis du har sluttet å bruke P-piller: Alder da du sluttet?.....386 \_\_\_\_\_ år