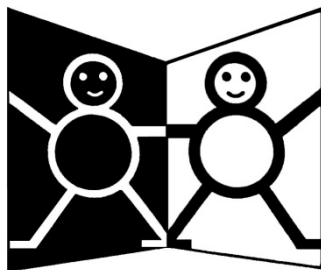


Helbred og Miljø

Spørgeskema vedrørende
sygdomme, symptomer og miljø

VERSION 1



Det Danske Tvillingregister
GEMINAKAR II
INSTITUT FOR SUNDHEDSTJENESTEFORSKNING

Kvinde: Mand:

Deltager nr.:

Alder:

Fødselsdato:
D D M M Å Å

Vejledning til spørgeskemaet

Vi vil bede dig besvare spørgsmålene i dette skema inden sygeplejersken kommer på besøg, hvor hun vil gennemgå skemaet med dig for at sikre, at alle spørgsmål er besvaret.

De fleste svar skal bruges til at forsøge at finde en sammenhæng mellem de påvirkninger, du har været udsat for gennem dit liv og resultatet af de målinger, som du får lavet.

Spørgsmålene er opdelt i flere afsnit, og i hvert afsnit er der et eller flere spørgsmål at besvare. De fleste spørgsmål besvares ved at sætte et eller flere krydser fx. ved "Ja" eller ved "Nej". Andre spørgsmål besvares ved at skrive et antal år. Endelig er der enkelte spørgsmål, hvor du selv skal skrive lidt mere, hvis du kan svare bekræftende på spørgsmålet. Er der noget, du er i tvivl om ved besvarelsen, skal du endelig spørge sygeplejersken.

Den sidste side udfyldes af sygeplejersken.

AFSNIT 1: Diverse helbredsproblemer

1.1 Har din læge nogensinde sagt til dig, at du lider af sukkersyge?

Ja

Nej

Hvis ja, i hvilket år:

1.2 Har du nogensinde fået konstateret hjertesygdom af en læge?

Ja

Nej

Hvis ja, i hvilket år:

1.3 Har du nogensinde fået konstateret forhøjet blodtryk af en læge?

Ja

Nej

Hvis ja, i hvilket år:

AFSNIT 2: Uddannelse & erhvervsforhold

2.1 Afsluttende klassetrin/eksamen?

(Sæt kun 1 kryds)

- Ingen eksamen
- (angiv afsluttende klassetrin)
9. klasses afgangseksamen
- Mellemskoleeksamen
- Pigeskoleeksamen
10. klasses afgangseksamen
- Realeksamen
- Præliminæreksamen
- HF-eksamen
- HHX- eller HTX-eksamen
- Studentereksamen

2.2 Har du en erhvervsuddannelse?

- Ingen erhvervsuddannelse
- Kortere kursusuddannelse
- (f.eks. specialarbejder eller sygehjælper)
- Efg-basisår
- (men ikke 2. år)
- Fuldført lærlinge- ell. efg/eud-uddannelse
- Kort videregående uddannelse
- under 3 år
- Mellemlang videregående uddannelse
- under 3-4 år
- Lang videregående uddannelse
- over 4 år

2.3 Hvad hedder din mest omfattende erhvervsuddannelse?

(skriv) _____

2.4 Hvor lang tid tog den?..... år

2.5 Hvad er din erhvervmæssige stilling?

(Sæt kun 1 kryds)

	Antal ansatte
Selvstændigt erhvervsdrivende <input type="checkbox"/>	_____
	Antal underordnede
Funktionær eller tjenestemand <input type="checkbox"/>	_____
<i>(offentlig ansat)</i>	
Funktionær <input type="checkbox"/>	_____
<i>(privat ansat)</i>	
Faglært arbejder <input type="checkbox"/>	_____
Specialarbejder eller ikke faglært <input type="checkbox"/>	_____
Arbejdsløs <input type="checkbox"/>	
Folkepensionist <input type="checkbox"/>	
Hjemmegående (husmor) <input type="checkbox"/>	
Lærling/EFG/EUD elev <input type="checkbox"/>	
På bistandshjælp <input type="checkbox"/>	
På efterløn <input type="checkbox"/>	
Studerende/skoleelev <input type="checkbox"/>	

Andet (skriv): _____

2.6 Skriv med egne ord, hvad dit seneste erhverv/ din seneste stillingsbetegnelse er?

Nøjagtig angivelse.

Eksempelvis:

'kontorassistent' – ikke blot assistent;

'folkeskolelærer' – ikke blot lærer;

'smedesvend' – ikke blot smed;

'kontorchef i Told & Skat' – ikke blot kontorchef.

AFSNIT 3: Aktiv tobaksrygning

3.1 Ryger du?

- Ja, dagligt → *Gå til spm. 3.3*
- Ja, mindst en gang om ugen → *Gå til spm. 3.5*
- Ja, mindst en gang om måneden, → *Gå til spm. 3.5*
men ikke hver uge
- Ja, men sjældnere end en gang → *Gå til spm. 3.5*
om måneden
- Nej, jeg er holdt op → *Gå til spm. 3.2*
- Nej, jeg har aldrig røget → *Gå til spm. 4.1*

Spørgsmål 3.2 besvares kun af tidligere rygere:

3.2 Hvor længe er det siden, at du holdt op med at ryge?

Jeg har været holdt op i år

3.3 I hvor mange år har du røget i alt?

Jeg har røget i år

3.4 Hvor meget har du gennemsnitligt røget om dagen i din tid som ryger?

(Udfyld venligst alle linjer)

- Antal cigaretter med filter
- Antal cigaretter uden filter
- Antal cerutter
- Antal cigarer
- Antal pibestop

Spørgsmål 3.5 besvares kun, hvis du ikke ryger dagligt.

3.5 Hvor meget ryger du typisk pr. gang?

(Udfyld venligst alle linjer)

- Antal cigaretter med filter:
- Antal cigaretter uden filter:
- Antal cerutter:
- Antal cigarer:
- Antal pibestop:

3.6 Inhalerer du?

- Ja
- Nej

3.7 Hvis du ryger pibe, cerutter eller cigarer nu, har du da tidligere røget cigaretter?

- Ja
- Nej

AFSNIT 4: Passiv rygning

- 4.1 Hvor mange år har du været udsat for passiv rygning dagligt eller næsten dagligt i dit barndomshjem?

Udsat for røg i □□ år

- 4.2 Hvor mange år har du været udsat for passiv rygning dagligt eller næsten dagligt i dit eget hjem som voksen?

Udsat for røg i □□ år

- 4.3 Hvor mange år har du været udsat for passiv rygning dagligt eller næsten dagligt på din arbejdsplads?

Udsat for røg i □□ år

AFSNIT 5: Medicin

- 5.1 Bruger du nogen form for medicin i øjeblikket?

Ja

Nej

- 5.2 Hvis Ja, anfør da venligst navn(e)

5.3 Tager du nogen form for vitaminpiller eller kosttilskud i øjeblikket?

Ja

Nej

5.4 Hvis Ja, anfør da venligst navn(e)

AFSNIT 6: Fysisk aktivitet under arbejdet

6.1 Angiv din fysiske aktivitet under arbejdet indenfor det sidste år. (Udfyldes også af husmødre, studerende og for tiden arbejdsledige)?

A. Overvejende siddende arbejde

f.eks. skrivebordsarbejde.

Husmor uden børn og med hushjælp

B. Siddende eller stående, af og til gående .

f.eks. ekspedient, lærer.

Husmor, som selv vasker og gør rent, uden mindreårige børn

C. Gående, af og til løftende

f.eks. postbud, plejepersonale.

Husmor, som selv vasker og gør rent, med ét eller flere mindreårige børn

D. Tungt kropsarbejde

f.eks. flyttemand eller jord/betonarbejder

6.2 Hvis kryds i C eller D: Løfter du ofte tunge byrder?

Ja

Nej

AFSNIT 7: Fysisk aktivitet i fritiden

7.1 Anfør din fysiske aktivitet i fritiden.

(Herunder transport til og fra arbejde inden for det sidste år)

A. Næsten helt fysisk passiv eller let fysisk .

aktiv i mindre end 2 timer pr. uge

f.eks. læsning, fjernsyn, biograf

B. Let fysisk aktiv fra 2-4 timer pr. uge

f.eks. spadsereture, cykelture, let havearbejde,

let motionsgymnastik

C. Let fysisk aktiv i mere end 4 timer

pr. uge eller mere anstrengende fysisk

aktivitet i 2-4 timer pr. uge

f.eks. hurtig gang og/eller hurtig cykling,

tungt havearbejde, hård motionsgymnastik,

hvor man sveder og bliver forpustet

D. Mere anstrengende fysisk aktiv i

mere end 4 timer eller regelmæssig hård

træning og evt. konkurrencer

flere gange pr. uge

7.2 Hvis kryds i C eller D:

Indgår der vægtløftning eller tungere styrketræning?

Ja

Nej

AFSNIT 8: Gang og cykling

8.1 Anfør det antal timer du går i gennemsnit pr. dag.

	Sommer	Vinter
Aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-1/2 time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1/2-1 time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 timer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over 2 timer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2 Gangtempo. Mit gangtempo er...

(Sæt kun 1 kryds)

Langsomt	<input type="checkbox"/>
Almindeligt	<input type="checkbox"/>
Hurtigt	<input type="checkbox"/>
Meget hurtigt	<input type="checkbox"/>

8.3 Anfør det antal timer du cykler i gennemsnit pr. dag.

	Sommer	Vinter
Aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0-1/2 time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1/2-1 time	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 timer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over 2 timer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.4 Cykeltempo. Mit cykeltempo er...

(Sæt kun 1 kryds)

Aldrig	<input type="checkbox"/>
Langsomt	<input type="checkbox"/>
Almindeligt	<input type="checkbox"/>
Hurtigt	<input type="checkbox"/>
Meget hurtigt	<input type="checkbox"/>

AFSNIT 9: Sport

9. Dyrker du?

	Ja	Nej	Hvis Ja: Antal minutter pr. uge
Motionsløb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Svømning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tennis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Badminton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Fodbold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Håndbold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Træningscenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vægtløftning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andet: _____			_____

AFSNIT 10: Fysik og motionsvaner

10.1 Hvorledes bedømmer du din fysik i forhold til dine jævnaldrende?

	Kondition	Muskelstyrke
Dårligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.2 Har du inden for det sidste år ændret dine motionsvaner markant?

Ja

Nej

10.3 Hvis Ja, dyrker du så mere eller mindre motion?

Mindre

Mere

AFSNIT 11: Familie

Vi vil i det følgende spørge dig om andre sygdomme og vægtforhold hos din mor, far og eventuelle søskende.

Nogle af spørgsmålene kan du måske ikke svare nøjagtigt på, men prøv alligevel at give os dit bedste skøn eller gæt – det er også af værdi.

Spørgsmål vedrørende dine (biologiske) forældre:

11.1 Lever din mor?

Ja

Nej

11.1a Hvis din mor IKKE lever, hvor gammel blev hun? år

11.1b Og hvad døde hun af (skriv årsag): _____

11.2 Lever din far?

Ja

Nej

11.2a Hvis din far IKKE lever, hvor gammel blev han? år

11.2b Og hvad døde han af (skriv årsag): _____

11.3 Har dine forældre haft følgende sygdomme?

	Mor			Far		
	Ja	Nej	Ved ikke	Ja	Nej	Ved ikke
a. Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sukkersyge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Forhøjet kolesterol i blodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.4 Har dine forældre haft blodprop i hjertet eller hjernen, hvor gamle var de da første gang?

	Mor	Far
Alder første gang	□□□ år	□□□ år

Selv blandt normalvægtige ser man forskellig fordeling af "kilo'ene". De mere eller mindre udtalte fedtdepoter kan sidde overvejende opadtil omkring maven eller overvejende nedadtil på hofter og lår. Man taler således om "æble-" og "pæreform".

11.5 Har/Havde dine forældre?

(Sæt kun ét kryds ved hver)

	Mor	Far
a. Mest fedt omkring maven ("æble")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mest fedt på hofter og lår ("pære")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ligelig fordeling af fedtdepoterne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Meget lidt fedt i det hele taget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.6 Hvilke af følgende personer bor du sammen med?

(Sæt gerne flere kryds)

- Forældre
- Din tvilling
- Andre søskende
- Ægtefælle / samlever
- Dine børn
- Andre
- Alene

11.6a Er du vokset op sammen med din tvilling?

Ja

Nej

11.6b Hvor mange år har du og din tvilling boet sammen?

□□□ år

11.6c Hvis du ikke bor sammen med din tvilling, hvor ofte har I kontakt med hinanden (medregn telefonsamtaler)?

Aldrig

Hver måned eller sjældnere

Nogle gange pr. måned

Hver uge

Dagligt

Spørgsmål vedrørende dine søskende:



Hvis du ingen helsøskende har, kan du gå videre til Afsnit 12.

De følgende spørgsmål gælder dine søskende (også din tvilling), som har samme mor og far, som du selv har. Du skal bruge en søjle for hver. Hvis du har mere end 4 søskende, skal du kun give oplysninger om de 4 ældste. Skriv eventuelt forbogstaverne i deres navne foroven, så du ikke blander dem sammen.

Søskende?

	1: ____	2: ____	3: ____	4: ____
11.7 Skriv dine søskendes køn: (K = Kvinde, M = Mand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.8 Hvilket år er dine søskende født?	_____	_____	_____	_____
11.9 Hvis de er døde, hvornår døde de?	_____	_____	_____	_____

Hvis de er døde, hvad døde de af? _____

11.10 Har dine søskende haft:
(J = Ja, N = Nej og V = Ved ikke)

	1: ____			2: ____			3: ____			4: ____		
	J	N	V	J	N	V	J	N	V	J	N	V
a. Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Sukkersyge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Forhøjet kolesterol i blodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.11 Har dine søskende?
(Sæt kun ét kryds ved hver)

	1: ____	2: ____	3: ____	4: ____
a. Mest fedt omkring maven ("æble")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Mest fedt på hofte og lår ("pære")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ligelig fordeling af fedtdepoterne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Meget lidt fedt i det hele taget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AFSNIT 12: Vægt og vægtændringer

12.1 Passer du på din vægt i det daglige?

Ja

Nej

12.2 Mener du, at du ville gavne dit helbred ved at tabe dig?

Ja

Nej

12.3 Mener du, at din nuværende vægt er passende for dit helbred?

Ja

Nej

12.4 Mener du, at du ville gavne dit helbred ved at øge din vægt?

Ja

Nej

12.5 Hvad vejede du for ½ år siden?

Jeg vejede ca. kg

12.6 Hvad vejede du for 5 år siden?

Jeg vejede ca. kg

12.7 Har du nogensinde oplevet en vægtstigning på mere end 4 kilo i løbet af 1 år?

Ja

Ja, mere end 1 gang

Nej



Hvis nej, kan du gå videre til spørgsmål 12.11

12.8 Hvis ja – mener du vægtstigningen skyldtes?

	<u>Ja</u>	<u>Nej</u>	Hvis, ja, hvilke(n)
a. Sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Sorger eller bekymringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Ændringer i kostvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. Mindre motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Ophør med rygning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Graviditet/fødsel (højere vægt 3 måneder efter fødsel end før graviditet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

h. Andet beskriv hvad:

12.9 Stiger du i vægt for tiden?

Ja

Nej

12.10 Hvis ja – hvad mener du grunden er:

12.11 Er du på slankekur, eller har du været det indenfor de sidste 5 år?

For tiden		Indenfor de sidste 5 år	
Ja	Nej	Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Hvis nej til begge, gå videre til spørgsmål 12.14

12.12 Hvis ja – har det været:

	For tiden		Indenfor de sidste 5 år	
	Ja	Nej	Ja	Nej
a. Hos praktiserende læge, speciallæge eller sygehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. På egen hånd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hos naturlæge eller tilsvarende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. Andet beskriv hvad:

12.13 Har du forsøgt med:

	For tiden		Indenfor de sidste 5 år	
	Ja	Nej	Ja	Nej
a. Diæt eller slankekur med almindelige madvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Diæt med næringspulver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Appetit-nedsættende piller på recept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fiber-præparater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Anden receptfri slankemedicin, herunder naturmedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h. Andet beskriv hvad:

12.14 Har du oplevet et vægttab, der ikke skyldtes slankekur, på mere end 4 kilo i løbet af 1 år?

Ja

Ja, mere end 1 gang

Nej



Hvis nej, gå videre til spørgsmål 12.16

12.15 Hvis ja – mener du vægttabet skyldtes?

	Ja	Nej	Hvis, ja, hvilke(n)
a. Sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Sorger eller bekymringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Ændringer i kostvaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e. Mere motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Påbegyndt rygning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Graviditet/fødsel (lavere vægt 3 måneder efter fødsel end før graviditet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

h. Andet beskriv hvad:

12.16 Hvor ofte vågner du op fra din søvn om natten og spiser?

Hver nat

Ikke hver nat, men 1 eller flere gange om ugen

Ikke hver uge, men flere gange om måneden

Ikke hver måned, men det sker

Aldrig

AFSNIT 13: Trivsel

De næste udsagn drejer sig om, hvordan du synes, du trives. Sæt venligst kryds ved hvert af de 5 udsagn i det felt, der kommer tættest på, hvordan du har følt dig i de seneste 2 uger.

I de sidste 2 uger ...

13.1 ... har jeg været glad og i godt humør.

- Hele tiden
- Det meste af tiden
- Lidt mere end halvdelen af tiden
- Lidt mindre end halvdelen af tiden
- Lidt af tiden
- På intet tidspunkt

13.2 ... har jeg følt mig rolig og afslappet.

- Hele tiden
- Det meste af tiden
- Lidt mere end halvdelen af tiden
- Lidt mindre end halvdelen af tiden
- Lidt af tiden
- På intet tidspunkt

13.3 ... følt mig aktiv og energisk.

- Hele tiden
- Det meste af tiden
- Lidt mere end halvdelen af tiden
- Lidt mindre end halvdelen af tiden
- Lidt af tiden
- På intet tidspunkt

13.4 ... er jeg vågnet frisk og udhvilet.

- Hele tiden
- Det meste af tiden
- Lidt mere end halvdelen af tiden
- Lidt mindre end halvdelen af tiden
- Lidt af tiden
- På intet tidspunkt

13.5 ... har min dagligdag været fyldt med ting, der interesserer mig.

- Hele tiden
- Det meste af tiden
- Lidt mere end halvdelen af tiden
- Lidt mindre end halvdelen af tiden
- Lidt af tiden
- På intet tidspunkt

AFSNIT 14: Menstruation



Kvinder bedes besvare de følgende spørgsmål.

14.1 Hvor gammel var du, da du fik menstruation første gang?

Alder: år og måneder

Har aldrig haft menstruation → Spørgeskemaet er nu slut

Husker ikke

14.2 Har du stadig menstruation?

Ja

Nej → Gå til spm. 14.4

14.3 Er dine menstruationer stadig regelmæssige?

Næsten altid regelmæssige

Skiftende regelmæssige og uregelmæssige ..

Næsten altid uregelmæssige

Regelmæssige pga. hormonbehandling

} → Spørgeskemaet er nu slut

14.4 Hvor gammel var du, da dine menstruationer ophørte?

Hvis du ikke kan huske det, angiv da dit bedste gæt.

Alder: år og måneder

14.5 Hvad var årsagen til, at dine menstruationer ophørte?

Udfyld venligst alle linjer

	Ja	Nej	Årstal
a. Ophørte naturligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. Fik fjernet livmoderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. Fik fjerne æggestokken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d. Ophørte af andre grunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

e. Hvilke andre grunde:

14.6 Har du nogensinde været i behandling med østrogen omkring og/eller efter overgangsalderen?

Ja

Nej → Spørgeskemaet er nu slut

14.7 Hvor gammel var du, da du første gang fik hormonbehandling?

Hvis du ikke kan huske det, angiv da dit bedste gæt.

Alder: år og måneder

14.8 Får du stadig hormonbehandling med østrogen?

Ja

Nej

14.9 Hvor gammel var du ved ophør?

Hvis du ikke kan huske det, angiv da dit bedste gæt.

Alder: år og måneder

Måleresultater – udfyldes af sygeplejersken

Deltager nr.:

Højde (uden fodtøj): cm

Vægt (uden overtøj): kg

Hofte/talje/lår omkreds, 1. måling:

Liv: cm

Højre lår: cm

Hofte: cm

Venstre lår: cm

Hofte/talje/lår omkreds, 2. måling:

Liv: cm

Højre lår: cm

Hofte: cm

Venstre lår: cm

Hofte/talje/lår omkreds, 3. måling:

Liv: cm

Højre lår: cm

Hofte: cm

Venstre lår: cm

TIL KVINDER:

Har du menstruation lige nu?

Ja

Nej

Hvis 'Nej', hvor mange dage er det ca. siden du sidst havde menstruation?

dage

Puls:Slag: pr. minut**Systolisk blodtryk:**1.måling: mmHg2.måling: mmHg3.måling: mmHg**Diastolisk blodtryk:**1.måling: mmHg2.måling: mmHg3.måling: mmHg**Blodprøver taget?**Ja Nej **Bioimpedansmåling foretaget?**Ja Nej **Spytprøve taget?**Ja Nej **Spirometri foretaget?**Ja Nej **Urinprøve modtaget?**Ja Nej **EKG foretaget?**Ja Nej **Spørgeskema gennemgået og måleresultater udfyldt af:**

Navn: _____ Dato:

D D M M Å Å

Du er nu færdig med spørgeskemaet.
Det er en god idé at se skemaet igennem,
så du er sikker på, at du har besvaret alle
spørgsmålene.

Mange tak for hjælpen!

