

Universitetssjukhuset MAS

Klinisk forskningsavdelning

På 90-talet deltog Du i Malmö Kost Cancer studien. Vi genomför nu en återundersökning och hoppas att Du är intresserad av att delta.

Se bifogad information!

Studien innebär att Du kommer hit på två besök. Det första besöket är en ultraljudsundersökning på halskärLEN och tar 30-60 minuter. Det andra besöket består av mätning av längd, vikt, midja, stuss och blodtryck. Det ingår också blodprovstagnning och en sockerbelastning (sockeromsättningstest). Du får också besvara ett frågeformulär. Detta besök tar cirka 3 timmar. Första besöket sker på Klinisk Forskningsavdelning, ingång 33, plan 2, UMAS. Besök 2 kommer att ske antingen på Klinisk Forskningsavdelning eller på Endokrinologen, Ing 53, plan 4, UMAS.

För att underlätta för Dig och även för oss skickar vi hem tiderna för båda besöken.

Bekräftelse på tiderna kommer cirka om en vecka.

För ytterligare information kontakta oss på:

Tfn: 040-33 24 16, tfn-tid 10:30-12:00,

fax-nr:040-33 70 81

e-post medklinforsk.umas@skane.se

Vi hoppas på Ditt deltagande. Om Du ej har möjlighet att komma på reserverad tid är vi tacksamma om Du kontaktar oss.

Klinisk forskningsenhet medicin

Adress: S Förstadsgatan 101, Ingång 33 plan 2, 205 02 Malmö
Besöksadress: Ing 33 plan 2, UMAS
Telefon: 040-33 24 16, Fax: 040-33 70 81

Till Dig som deltagit i hälsoundersökningen Malmö Kost Cancer (MKC) och dess Kardiovaskulära del under åren 1991-1994

Bästa deltagare i den tidigare hälsoundersökningen MKC!

Vi vill på detta sätt först varmt tacka för Ditt deltagande i den nu 15 år gamla undersökningen **Malmö Kost Cancer**, som hittills bidragit till ökade kunskaper vad det gäller hjärt/kärlsjukdomar, cancer och inom den förebyggande medicinens område! Vi kommer nu att påbörja en **Återundersökning** riktad till alla deltagare vid den första hälsoundersökningen 1991-1994 som även gjorde en kartläggning av riskfaktorer för hjärt/kärlsjukdom, inklusive ett eller flera ultraljud av halskärl. Syftet är att nu se hur dessa riskfaktorer och fynd på ultraljud har förändrats över tid samt i vad mån nya sjukdomstillstånd eller behov av medicinsk behandling har utvecklats under mellantiden.

Du är således välkommen att delta i denna frivilliga och kostnadsfria nya hälsoundersökning under perioden 2007-2009, som liksom förra gången innehåller ett frågeformulär, en kroppsundersökning (vikt, längd, blodtryck), fastande blodprov (blodfetter, inflammationsprover, genetiska prover för DNA), urinprov (på mottagningen), och en liknande ultraljundsundersökning av halskärl som tidigare gjorts för att kunna spåra tidiga tecken på sjukdomar i kroppens blodkärl (åderförkalkning).

För att närmare kunna studera sockeromsättningen kommer vi även att genomföra ett sockeromsättningstest (sockerbelastning, s.k. OGTT) då man på fastande mage dricker 3 deciliter sockervatten smaksatt med lime. Man tar prover dels fastande före testen, efter 30 minuter samt efter 2 timmar, som tillbringas sittande eller liggande i vila. På detta sätt får vi en bättre bild av kroppens ämnesomsättning vad det gäller att ta hand om socker vilket kan påverka risken att utveckla diabetes (sockersjuka). Under dygnet före OGTT bör man avhålla sig från alltför krävande fysiska ansträngningar, samt vara fastande efter kl. 22:00 på kvällen före provtagning. Dricka vatten är dock tillåtet, men inte att röka. Avstå från att ta Dina vanliga mediciner på morgonen undersökningsdagen, utan ta dem istället direkt efter genomförd OGTT, d v s längre fram på förmiddagen.

Risker med undersökningen: Inga kända risker men ett visst obehag kan upplevas i samband med blodprovstagning som vi tar i armvecket. Vissa enstaka individer kan även må lite illa i samband med sockeromsättningstestet.

Fördelar med undersökningen: Du får en gratis hälsoundersökning för kartläggning av framförallt riskfaktorer för hjärt/kärlsjukdom och diabetes, samt hjälp med åtgärder om så är medicinskt påkallat.

Undersökningen har godkänts av den Regionala etikprövningsnämnden i Lund (**Dnr. 532/2006**). All databearbetning sker i enlighet med Personuppgiftslagen (PUL). Personuppgiftsansvarig är Lunds universitet. Enskilda forskare som arbetar med analys av informationen kommer inte att ha tillgång till personnummer utan kommer att arbeta med oidentifierad data. Ditt deltagande är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att Du anger varför. Om Du inte önskar medverka så påverkar detta inte Dina kontakter med sjukvården i övrigt. Skulle vi upptäcka hälsorisker eller medicinska tillstånd som kräver åtgärd så kommer vi att ge Dig hjälp direkt alternativt en remiss till lämplig uppföljning hos annan läkare.

Vi kommer att följa upp vårt material och jämföra det med lokala och nationella register för att hitta de individer som har fått olika sjukdomar, exempelvis hjärtinfarkt, stroke, cancer eller diabetes. Studiens resultat kommer att presenteras i oidentifierad form i vetenskapliga tidskrifter. Patientförsäkring gäller för Ditt deltagande i hälsoundersökningen. Ingen ekonomisk ersättning utgår för Ditt deltagande.

Vi hoppas att Du har möjlighet att delta i vår studie! Du är välkommen att ställa frågor om studiens syfte och innehåll, vilka vi gärna kommer att besvara.

Malmö, maj 2007

Peter Nilsson, läkare, docent

Olle Melander, läkare, docent

Margaretha Persson, avd.chef, forsk.sköterska

Jonas Manjer, läkare, docent

Telefon och e-mail:

PN 040-33 24 15

OM 040-3912 10

MP 040-33 20 37

JM 040-33 76 82

peter.nilsson@medforsk.mas.lu.se,

olle.melander@skane.se

margaretha.m.persson@skane.se,

jonas.manjer@med.lu.se

Informerat samtycke

Jag har tagit del av skriftlig och muntlig information om Återundersökningen i **Malmö Kost Cancer Kardiovaskulära del** (brev: MKC-ÅUS INFO).

Jag signerar nedan som ett uttryck för mitt frivilliga deltagande i undersökningen och jag ger i och med detta mitt tillstånd till databehandling av mina personuppgifter. Jag donerar blodprov, inklusive DNA, för vidare studier av risk för olika sjukdomar och tillåter att detta prov eller prover lagras i en biobank. Jag är medveten om att jag när som helst kan återkalla mitt godkännande eller begära att uppgifter eller insamlade prover förstörs.

Datum.....

Ort.....

Signatur.....

Namnförtydligande.....

Till Dig som deltagit i hälsundersökningen Malmö Kost Cancer (MKC) och dess Kardiovaskulära del under åren 1991-1994.

Syftet med detta frågeformulär är att få information om hur Dina riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom ser ut idag, samt hur de har förändrats över tiden. Vi har även med några frågor som rör prostata- respektive bröstcancer. Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i den ruta som Du tycker stämmer bäst in på dig. Om Du är tveksam, kryssa ändå i det alternativ som känns riktigast.

Tack för Din medverkan!

Instruktioner för hur blanketten ska fyllas i

Blanketten läses maskinellt. Skriv tydligt och innanför rutorna, inte på ramen eller på streckmarkeringarna. Sätt inte streck eller nollor i tomma rutor. Använd svart eller mörkblå kulspetspenna (ej blyerts).

Siffror skrivs så här:

Sätt kryss så här:

Om du kryssar fel – fyll i hela kryssrutan:

Avrunda uppgifter om antal (t.ex. ålder, timmar, dagar) till heltal.

Datum skrivs:
år månad dag

Namn _____

Personnummer
Å Å M M D D - X X X X

Datum
år månad dag

Socialt

F1 1. Vilket är Ditt civilstånd?

- 1 Gift
- 2 Ogift
- 3 Frånskild
- 4 Änka / änklings

F2 2. Bor Du ensam?

- 1 Ja
- 2 Nej, tillsammans med make/maka/sambo **utan** barn
- 3 Nej, tillsammans med make/maka/sambo **med** barn
- 4 Nej, tillsammans med barn utan annan vuxen
- 5 Nej, tillsammans med föräldrar
- 6 Nej, tillsammans med annan

Arbete

F3 3. Vilket av följande stämmer bäst in på Dig?

- 1 Hemarbete (arbetar ej utanför hemmet)
- 2 Förvärsarbetande, antal timmar per vecka F3_2
(ange antal timmar per vecka så exakt som möjligt, såväl om Du har deltidsarbete som om Du har mer än ett arbete)
- 3 Pensionär (förtidspension, sjukbidrag/sjukpension, ålderspension)
- 4 Studerande
- 5 Arbetslös, sedan månader
F3_5

Fysisk aktivitet

F4 4. Hur mycket rör Du dig och anstränger Dig kroppsligen under Din fritid?

Om Din aktivitet varierar mycket mellan t.ex. sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt. Frågan gäller det senaste året.

- 1 **Grupp 1 Stillasittande fritid**
Du ägnar Dig mestadels åt läsning, handarbete, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden.
- 2 **Grupp 2 Måttlig motion på fritid**
Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt under minst 4 timmar per vecka. I detta räknas också gång eller cykling till och från arbetet samt söndagspromenader, ordinärt trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.
- 3 **Grupp 3 Regelbunden motion och träning**
Du ägnar Dig åt löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik, eller liknande, som motionssport. Tyngre trädgårdsarbete eller liknande räknas till denna grupp. För att kryssa i grupp 3 ska Du ägna Dig åt dessa aktiviteter minst 3 timmar i veckan.
- 4 **Grupp 4 Hård träning eller tävlingsidrott**
Du ägnar Dig åt hård träning och tävling i löpning, orientering, skidåkning, simning, fotboll, handboll, etc regelbundet och minst 4 gånger i veckan.

Rökning

F5 5. Röker Du?

- 1 Ja, röker regelbundet
- 2 Ja, röker ibland
- 3 Nej, slutade röka år
- 4 Nej, har aldrig rökt

F5_3

6. Hur många år har Du sammanlagt rökt regelbundet?

- F6_1 0 Aldrig rökt

Antal år

F6_2

7. Hur mycket röker Du (om Du är rökare) eller hur mycket rökte du tidigare (om Du har slutat röka)?

F7_1 0 Röker ej

F7_2 Antal cigaretter per dag

F7_3 Antal cigarrcigaretter eller cigarrer per dag

F7_4 Antal gram piptobak per dag

F8 **8. Snusar Du?**

1 Ja, antal snusdosor per vecka **F8_1**

2 Nej

F9 **9. Röker eller har den/de Du sammanbor med rökt i bostaden?**

1 Nej

2 Ja, mindre än 10 år

3 Ja, 10-20 år

4 Ja, mer än 20 år

F10 **10. Vistas Du regelbundet eller har Du vistats i arbetslokaler (utom bostaden) där man röker?**

1 Nej

2 Ja, mindre än 10 år

3 Ja, 10-20 år

4 Ja, mer än 20 år

Alkohol konsumtion

F11 11. När drack Du senast öl (ej lättöl), vin eller sprit?

- 0 Har ej druckit något det senaste året (gå till fråga 19)
- 1 Har druckit någon gång under det senaste året, men ej under de senaste 30 dagarna (gå till fråga 19)
- 2 Har druckit någon gång under de senaste 30 dagarna

Följande frågor gäller Din alkohol konsumtion under de senaste 30 dagarna. Om Du inte druckit något gå till fråga 19.

12. Hur många dagar sammanlagt under 30-dagarsperioden drack Du öl (ej lättöl), vin eller sprit?

(antal dagar, max 30)

F12

13. Hur många dagar av 30-dagarsperioden drack Du öl (ej lättöl)?

(antal dagar, max 30)

F13

14. Hur mycket öl (ej lättöl) drack Du i allmänhet på en sådan dag?

Antal 33 cl flaskor

F14_1

Antal 50 cl flaskor

F14_2

15. Hur många dagar av 30-dagarsperioden drack Du vin?

(antal dagar, max 30)

F15

16. Hur mycket *vin* drack Du i allmänhet på en sådan dag?

Antal glas (12cl)

F16_1

Antal halvflaskor (37cl)

F16_2

Antal helflaskor (75cl)

F16_3

17. Hur många dagar av 30-dagarsperioden drack Du *sprit*, tex vodka, brännvin eller whisky?

(antal dagar, max 30)

F17

18. Hur mycket *sprit* drack Du i allmänhet på en sådan dag?

Antal glas (4-6cl) / drinkar

F18_1

Antal halvflaskor (37cl)

F18_2

Antal helflaskor (75cl)

F18_3

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

19. Har Du behandlats eller vårdats för någon av följande sjukdomar sedan Du var på Kost Cancer första gången?

- F19_1 1 Hjärtinfarkt (propp i hjärtat)
- F19_2 2 Angina (kärlkramp i bröstet)
- F19_3 3 Hjärtsvikt (andfåddhet eller bensvullnad)
- F19_4 4 Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)
- F19_5 5 Kärlkramp i benen (fönstertittarsjuka)
- F19_6 6 Högt blodtryck
- F19_7 7 Diabetes (sockersjuka)
- F19_8 8 Struma
- F19_9 9 Magsår (funnet vid röntgen eller vid gastroskopi)
- F19_10 10 Cancer
- F19_11 11 Astma / kronisk luftrörkatarr
- F19_12 12 Ledgångsreumatism
- F19_13 13 Inflammatorisk tarmsjukdom
- F19_14 14 Njursten
- F19_15 15 Fraktur (benbrott)
- F19_16 16 Höga blodfetter

20. Vem är din behandlande läkare (om sådan finns) Ange namn samt ort / vårdcentral

.....

F21 **21. Hur känner Du Dig just nu, fysiskt och psykiskt, om Du ser till Din hälsa och Ditt välbefinnande?**

Kryssa i lämplig ruta mellan 1 och 7

- 1 Mår mycket dåligt, kunde inte må sämre
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7 Mår mycket bra, kunde inte må bättre

F22 **22. Hur uppfattar Du Din egen ålder i förhållande till jämnåriga av samma kön?**

Kryssa i lämplig ruta mellan 1 och 3

- 1 Jag känner mig yngre än andra
- 2 Jag känner mig äldre än andra
- 3 Ingen skillnad mot andra

F23 **23. Hur tror Du att omgivningen uppfattar Dig och Din egen ålder i förhållande till jämnåriga av samma kön?**

Kryssa i lämplig ruta mellan 1 och 3

- 1 Jag uppfattas som yngre än andra
- 2 Jag uppfattas som äldre än andra
- 3 Ingen skillnad mot andra

F24 **24. Har Du upplevt ständigt stress under det senaste året?**

Kryssa i lämplig ruta 1 eller 2

- 1 Ja
- 2 Nej

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

F25 25. Har Du upplevt ständig stress under de senaste fem åren?

Kryssa i lämplig ruta 1 eller 2

₁ Ja

₂ Nej

F26 26. Hur är Din och närståendes nuvarande ekonomiska situation?

Kryssa i lämplig ruta mellan 1 och 4

₁ Jag har inga ekonomiska problem för att klara min livssituation

₂ Inte jag, men nära anhöriga har ekonomiska problem, vilket bekymrar mig

₃ Jag har måttliga ekonomiska problem som går att lösa

₄ Jag har avsevärda ekonomiska problem som är svåra att lösa

F27 27. I framtiden önskar vi även att inbjuda barn till personer som kommit till vår nuvarande undersökning. Får vi Ditt tillstånd att kontakta Dina barn med erbjudande om en liknande frivillig hälsoundersökning i framtiden?

Kryssa i ruta 1 eller 2, tack!

₁ Ja

₂ Nej

Läkemedel

28. Vilka mediciner utskrivna på recept har Du ätit senaste veckan?

Ingen medicin utskriven på recept 0

Namn:

.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>

29. Vilka mediciner utan recept har Du ätit senaste veckan?

Ingen medicin 0

Namn:

.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>
.....Sedan (år)	<input type="text"/>

Sjukdomar i släkten och hos anhöriga

MKC – U-lj.nummer

30. Far har / har haft

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------|----------------------------|--|---|--|
| <input type="text" value="F30_1"/> | ¹ | Hypertoni (högt blodtryck) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F30_2"/> | ² | Diabetes (sockersjuka) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F30_3"/> | ³ | Fraktur (benbrott) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F30_4"/> | ⁴ | Cancer | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F30_5"/> | ⁵ | Prostatacancer | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |

31. Mor har / har haft

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------|----------------------------|--|---|--|
| <input type="text" value="F31_1"/> | ¹ | Hypertoni (högt blodtryck) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F31_2"/> | ² | Diabetes (sockersjuka) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F31_3"/> | ³ | Fraktur (benbrott) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F31_4"/> | ⁴ | Cancer | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F31_5"/> | ⁵ | Bröstcancer | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |

32. Mitt syskon (ett eller flera) har / har haft

 Har inga syskon 0

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------|----------------------------|--|---|--|
| <input type="text" value="F32_1"/> | ¹ | Hypertoni (högt blodtryck) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F32_2"/> | ² | Diabetes (sockersjuka) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F32_3"/> | ³ | Fraktur (benbrott) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F32_4"/> | ⁴ | Cancer | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F32_5"/> | ⁵ | Prostatacancer | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="text" value="F32_6"/> | ⁶ | Bröstcancer | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |

33. Annan nära anhörig, vän eller arbetskamrat har haft:

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------|----------------------------|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> F33_1 | ¹ | Hypertoni (høgt blodtryck) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="checkbox"/> F33_2 | ² | Diabetes (sockersjuka) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="checkbox"/> F33_3 | ³ | Fraktur (benbrott) | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="checkbox"/> F33_4 | ⁴ | Cancer | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="checkbox"/> F33_5 | ⁵ | Prostatacancer | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |
| <input type="checkbox"/> F33_6 | ⁶ | Bröstcancer | <input type="checkbox"/> ja ¹ | <input type="checkbox"/> nej ² | <input type="checkbox"/> vet ej ³ |

Fråga 34-36 enbart för män

34. Har Du undersøkt Ditt PSA ("prostataprov") någon gång?

- F34 ¹ Ja Om ja: hur många gånger? , när senast (år)
- ² Nej (gå till fråga 36) F34_1 F34_2

35. Om du har undersøkt Ditt PSA-värde, – vilken var anledningen? (flera kan kryssas)

- F35_1 ¹ Oro för prostatacancer
- F35_2 ² Rekommenderad av min läkare
- F35_3 ³ Rekommenderad av min partner
- F35_4 ⁴ Rekommenderad av släkting, vän eller annan anhörig

36. Min risk för att få prostatacancer uppfattar jag som:

- F36 ¹ Låg
- ² Mellan
- ³ Høg

Fråga 37- 52 enbart för kvinnor

F37 37. Vilket år upphörde Dina menstruationer? (år)

F38 38. Har Du haft någon menstruation de senaste 12 månaderna?

- 1 Ja
- 2 Nej

F39 39. Har Du någon gång fått hormonbehandling under/efter klimakteriet?

- 1 Ja
- 2 Nej (gå till fråga 44)

F40 40. Om ja, för hur lång tid totalt?

Antal år

F41 41. Får Du för närvarande någon form av hormonbehandling?

- 1 Ja
- 2 Nej

**42. Vilken typ av hormonbehandling får Du/har Du fått?
(Fler än ett alternativ kan kryssas)**

F42_1 1 Tabletter

F42_2 2 Plåster

F42_3 3 Injektionsform

F42_4 4 Kräm

43. Om Du har slutat med hormonbehandling, hur gammal var Du då?

F43 år

44. Hur många barn har Du fött?

F44 antal barn

F44_1 0 Har ej fött några barn

F45 45. Har Du genomgått operation med borttagande av livmoder och/eller äggstockar sedan Du var på Malmö Kost Cancer första gången?

- ₁ Ja
- ₂ Nej

F46 46. Har du varit på gynekologisk hälsokontroll med cellprovtagning?

- ₁ Ja Om ja – när senast? (år) F46_1
- ₂ Nej

F47 47. Har du *blivit kallad* till mammografisk hälsokontroll (bröströntgen) på sjukhuset UMAS i Malmö?

- ₁ Ja Om ja – när senast? (år) F47_1
- ₂ Nej (gå till fråga 51)

F48 48. Har du *varit på* mammografisk hälsokontroll (bröströntgen) på sjukhuset UMAS i Malmö?

- ₁ Ja Om ja – när senast? (år) F48_1
- ₂ Nej

F49 49. Om du fick en kallelse igen, skulle du delta då?

- ₁ Ja
- ₂ Nej
- ₃ Vet ej

50. Om Du valde att inte komma till den mammografiska hälsokontrollen (bröströntgen) på sjukhuset UMAS i Malmö, som Du blev kallad till – vilken var anledningen? (flera kan kryssas)

F50_1 ₁ Går på mammografi på annat sjukhus

F50_2 ₂ Går på mammografi hos privat vårdgivare

F50_3 ₃ Vill inte veta om jag har cancer

F50_4 ₄ Tror inte att jag har nytta av det

--	--	--	--	--

- F50_5 5 Anhörig / vän avrådde mig
- F50_6 6 Rädd för att strålningen kan vara farlig
- F50_7 7 Obehag (ex. smärta) kopplat till undersökningen
- F50_8 8 Hindrad av egen sjukdom
- F50_9 9 Svårt att komma från jobbet
- F50_10 10 Ansvar för anhörig som inte kan lämnas
- F50_11 11 Andra aktiviteter tar för mycket tid
- F50_12 12 För hög kostnad
- F50_13 13 Missade tiden
- F50_14 14 Annan orsak

F51 **51. Min risk för att få bröstcancer uppfattar jag som:**

- 1 Låg
- 2 Mellan
- 3 Hög

F52 **52. Vad anser Du om mammografisk hälsokontroll (markera en):**

- 1 Det är bra – förbättrar chansen att bli frisk från bröstcancer
- 2 Gör ingen nytta – påverkar inte min hälsa
- 3 Det gör mer skada än nytta – kan vara farligt

Hjärtligt tack för Din medverkan!

Vänliga hälsningar från studiens ledningsgrupp

MKC-KVA återundersökning 2007-2009

Medicinlista

Var vänlig att här kryssa för de **mediciner som Du regelbundet använder.**

DIABETES

Insulin	"Insulin"	<input type="checkbox"/>
Accomp	Accompria	<input type="checkbox"/>
Actos	Actos	<input type="checkbox"/>
Avandia	Avandia	<input type="checkbox"/>
Daonil	Daonil	<input type="checkbox"/>
Glucobay	Glucobay	<input type="checkbox"/>
Metform	Metformin	<input type="checkbox"/>
Mindiab	Mindiab	<input type="checkbox"/>
NovoNorm	NovoNorm	<input type="checkbox"/>
diab_x	Annat preparat	<input type="checkbox"/>

GYNEKOLOGI

Activell	Activelle	<input type="checkbox"/>
Femanest	Femanest	<input type="checkbox"/>
Femasekv	Femasekvens	<input type="checkbox"/>
Indivina	Indivina	<input type="checkbox"/>
gynek_x	Annat preparat	<input type="checkbox"/>

LIPIDRUBBNING

Crestor	Crestor	<input type="checkbox"/>
Ezetrol	Ezetrol	<input type="checkbox"/>
Lipitor	Lipitor	<input type="checkbox"/>
Lopid	Lopid	<input type="checkbox"/>
Pravach	Pravachol	<input type="checkbox"/>
Zocord	Zocord	<input type="checkbox"/>
lipid_x	Annat preparat	<input type="checkbox"/>

HJÄRTA & KÄRL

Aprovel	<input type="checkbox"/>	Aprovel
Atenolol	<input type="checkbox"/>	Atenolol
Cardizem Retard	<input type="checkbox"/>	Cardizem
Cozaar	<input type="checkbox"/>	Cozaar
Diovan	<input type="checkbox"/>	Diovan
Emconcor	<input type="checkbox"/>	Emconcor
Enalapril	<input type="checkbox"/>	Enalapri
Impugan	<input type="checkbox"/>	Impugan
Isoptin Retard	<input type="checkbox"/>	Isoptin
Kredex	<input type="checkbox"/>	Kredex
Lanacrist	<input type="checkbox"/>	Lanacris
Metoprolol	<input type="checkbox"/>	Metoprol
Midamor	<input type="checkbox"/>	Midamor
Monoket	<input type="checkbox"/>	Monoket
Nitromex	<input type="checkbox"/>	Nitromex
Normorix mite	<input type="checkbox"/>	Normorix
Norvasc	<input type="checkbox"/>	Norvasc
Plendil	<input type="checkbox"/>	Plendil
Salures	<input type="checkbox"/>	Salures
Sotalol	<input type="checkbox"/>	Sotalol
Spironolakton	<input type="checkbox"/>	Spirono
Triatec	<input type="checkbox"/>	Triatec
Trombyl	<input type="checkbox"/>	Trombyl
Waran	<input type="checkbox"/>	Waran
Annat preparat	<input type="checkbox"/>	hjkarl_x

⊥

L

J

MKC-KVA återundersökning 2007-2009
Sköterskebesök, OGTT.

┌

┐

Namn _____

Personnummer

pnr10

MKC löpnr

lopnr_ul

Datum

dat_ssk

år månad dag

height

Längd:

cm

Midja:

cm

waist

weight

Vikt:

kg

Stuss:

cm

hip

sbp

Syst bltr:

mmHg

Puls:

HR

dbp

Diast bltr

mmHg

Diabetiker
1=nej, 2=ja

diab

Fastande blodprover min 0: _____

Hemocue 0-värde:

Mmol/L

glukos_0

Dricka 75 g glukos: _____

┆

Blodprover min 30: _____

Blodprover min 120: _____

Hemocue 120-värde:

Mmol/L

glukos_1

Frågeformulär inlämnat

quest

└

┘

MKC-KVA återundersökning 2007-2009
Ultraljud carotis



Namn _____

Personnummer

pnr10

MKC löpnr

lopnr_ul

Datum

dat_ulj

år månad dag

Höger Vänster

sida

Fynd: _____

pl_sq

Plaquescore



max_vel

Max flödes hastighet

Slutdiastolisk flödes hastighet

dia_vel

Stenos

stenos

Arteria vertebralis

vert

(1=normal flödesriktning, 2=omvänd flödesriktning, 3=inte visualiserbar)

quest

frågeformulär

tube

Rör för urinprov

Diabetiker
1=nej, 2=ja

diab



Plaque 1

7

d_red1

ulc1

Ulceration
(1=nej, 2=ja)

Diameterreduktion
(%)

Plauearea (mm²)

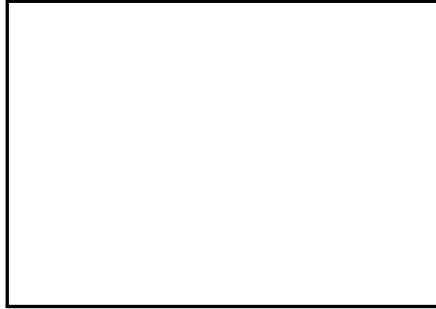
type1

Plaquetyp(1=homogent
, 2=heterogent)

pl_area1

kalk1

Kalk
(1=nej, 2=ja)



Plaque 2

d_red2

ulc2

Ulceration
(1=nej, 2=ja)

Diameterreduktion
(%)

Plauearea (mm²)

type2

Plaquetyp(1=homogent
, 2=heterogent)

pl_area2

kalk2

Kalk
(1=nej, 2=ja)



Plaque 3

d_red3

ulc3

Ulceration
(1=nej, 2=ja)

Diameterreduktion
(%)

Plauearea (mm²)

type3

Plaquetyp(1=homogent
, 2=heterogent)

pl_area3

kalk3

Kalk
(1=nej, 2=ja)



L

**Frågeformulär vid deltagande i kognitiva tester
vid Återundersökningen inom MKC-KVA 2007-2009**

Vänligen sätt tydligt markerat kryss mitt i avsedd ruta.

Tack för Din medverkan!

MKC löp nr

lopnr_ul

Förekomst av nedsättning av minne eller andra tankeförmågor

kog1

1. Upplever Du en nedsatt minnesfunktion nu jämfört med tidigare?

1 **Ja**

2 **Nej**

3 **Vet ej/Kan ej bedöma**

kog2

2. Upplever Du en nedsatt tankeförmåga nu jämfört med tidigare?

1 **Ja**

2 **Nej**

3 **Vet ej/Kan ej bedöma**

kog3

3. Upplever Du en nedsatt kommunikationsförmåga nu jämfört med tidigare?

1 **Ja**

2 **Nej**

3 **Vet ej/Kan ej bedöma**

kog4

4. Upplever Du en nedsatt orienteringsförmåga nu jämfört med tidigare?

1 **Ja**

2 **Nej**

3 **Vet ej/Kan ej bedöma**

T

kog5 **5. Upplever Du någon nedsättning i praktiskt förmåga dvs förmågan att klara av vardagssysslor, nu jämfört med tidigare?**

- 1 **Ja**
- 2 **Nej**
- 3 **Vet ej/Kan ej bedöma**

kog6 **6. Upplever Du någon annan nedsättning av hjärnans tankefunktioner nu jämfört med tidigare?**

1 **Ja**

Om Ja, vänligen specificera här: _____

- 2 **Nej**
- 3 **Vet ej/Kan ej bedöma**

Sjukdomar i släkten

7. Känner Du till om demens förekommer i Din släkt?

kog7_1 1 **Ja, hos föräldrar, syskon eller barn**

kog7_2 2 **Ja, hos mor-/farföräldrar, moster, farbror, kusin**

kog7_3 3 **Nej**

kog7_4 4 **Vet ej**

kog8 **8. Om förekomst av demens på moders sida, ange diagnos**

1 **Alzheimer's sjukdom**

2 **Vaskulär demens**

3 **Frontallobsdemens**

4 **Annan typ av demens**

5 **Vet ej**

+

--	--	--	--	--

kog9 **9. Om förekomst av demens på faders sida, ange diagnos**

- 1 **Alzheimer's sjukdom**
- 2 **Vaskulär demens**
- 3 **Frontallobsdemens**
- 4 **Annan typ av demens**
- 5 **Vet ej**

kog10 **10. Om förekomst av demens hos syskon, ange diagnos**

- 1 **Alzheimer's sjukdom**
- 2 **Vaskulär demens**
- 3 **Frontallobsdemens**
- 4 **Annan typ av demens**
- 5 **Vet ej**

11. Känner Du till om neurologisk sjukdom förekommer i Din släkt?

kog11_1 1 **Ja, hos föräldrar, syskon eller barn**

kog11_2 2 **Ja, hos mor-/farföräldrar, moster, farbror, kusin**

kog11_3 3 **Nej**

kog11_4 4 **Vet ej**

V

kog12 **12. Om förekomst av neurologisk sjukdom på moders sida, ange diagnos**

- 1 **Parkinson's sjukdom**
- 2 **ALS**
- 3 **MS**
- 4 **Annan neurologisk sjukdom**
- 5 **Vet ej**

kog13 **13. Om förekomst av neurologisk sjukdom på faders sida, ange diagnos**

- 1 **Parkinson's sjukdom**
- 2 **ALS**
- 3 **MS**
- 4 **Annan neurologisk sjukdom**
- 5 **Vet ej**

kog14 **14. Om förekomst av neurologisk sjukdom hos syskon, ange diagnos**

- 1 **Parkinson's sjukdom**
- 2 **ALS**
- 3 **MS**
- 4 **Annan neurologisk sjukdom**
- 5 **Vet ej**

⊥

Γ MKC-KVA återundersökning 2007-2009
MMT test och AQT

Datum - -
 År Månad Dag

MKC löp nr

<input type="text" value="mmt1"/>	Fråga 1. Orientering	<input type="text"/>	poäng
<input type="text" value="mmt2"/>	Fråga 2. Registrering	<input type="text"/>	
<input type="text" value="mmt3"/>	Fråga 3. Uppmärksamhet	<input type="text"/>	
<input type="text" value="mmt4"/>	Fråga 4. Minne	<input type="text"/>	
<input type="text" value="mmt5"/>	Fråga 5. Språk	<input type="text"/>	
<input type="text" value="mmt6"/>	Fråga 6. Repetition	<input type="text"/>	
<input type="text" value="mmt7"/>	Fråga 7. 3-steps	<input type="text"/>	
<input type="text" value="mmt8"/>	Fråga 8. Läsförståelse	<input type="text"/>	
<input type="text" value="mmt9"/>	Fråga 9. Skrivförmåga	<input type="text"/>	
<input type="text" value="mmt10"/>	Fråga 10. Kopiering	<input type="text"/>	
<input type="text" value="mmt_tot"/>	Total summa	<input type="text"/>	poäng

AQT

<input type="text" value="aqt1"/>	Färg	<input type="text"/>	sek
<input type="text" value="aqt2"/>	Form	<input type="text"/>	sek
<input type="text" value="aqt3"/>	Färg + Form	<input type="text"/>	sek