

# DET KOMMER MERA ...

Eftersom vi har gått in i ett Europasamarbete behöver vi ställa ytterligare frågor till Er som varit hos oss.

Fyll i formuläret och skicka tillbaka i det frankerade svarskuvertet, helst inom 2 veckor.



**Malmö Kost Cancer**

Universitetssjukhuset MAS

205 02 Malmö

Tel 040-33 10 00

## **Bäste deltagare i Malmö Kost Cancer!**

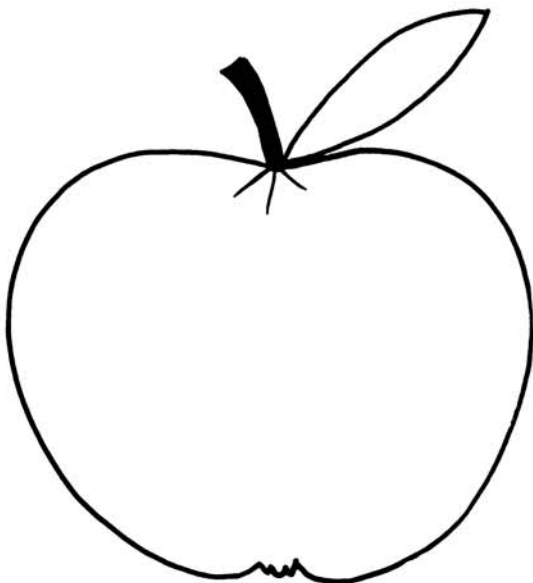
Du deltar i Sveriges största kost och cancerundersökning och har tidigare deltagit i basundersökningen.

För att kunna bedöma förändringar i kostvanor och livsstil och uppkomst av sjukdom, behöver vi nu ny information om Dig och Ditt liv. Frågorna är i stort de samma, som förra gången, men nu behöver Du inte fylla i exakt hur Du äter under en vecka.

Försök att besvara alla frågor så fullständigt som möjligt. All information i detta formulär är sekretessbelagd. Endast Du själv och vi som arbetar i studien har tillgång till den information som Du lämnar.

### **Endast Du**

**kan hjälpa oss få en ökad kunskap om det komplicerade samspel som kan finnas mellan olika livsstilsfaktorer och cancer.**



### **Malmö Kost Cancer**

Universitetssjukhuset MAS  
205 02 Malmö  
Tel: 040 - 33 10 00

## **Så här fyller Du i frågeformuläret:**

*De flesta frågorna besvaras med **ett** kryss för det svarsalternativ som bäst stämmer in på Dig själv. I några fall kan Du kryssa i flera svarsalternativ på samma fråga. I så fall står det angivet direkt efter frågan.*

*Om Du undrar över något i formuläret står vi gärna till tjänst med upplysningar. Du kan nå oss på telefon 33 10 00.*

*Stort tack för Din medverkan*



## Socialt

### 1. Vilket är Ditt civilstånd?

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

### 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

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

- 1 Hemarbete (arbetar ej utanför hemmet)
- 2 Förvärvsarbetande, **antal timmar per vecka**      
(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

## Fysisk aktivitet på arbetet

### 4. Hur mycket rör Du Dig och anstränger Dig kroppsligen på arbetet?

- 1 **Stillasittande arbete:** Jag har övervägande stillasittande arbete. Jag går inte mycket under arbetet. T ex skrivbordsarbete, urmakeri, monteringsarbete (med lätta delar)
- 2 **Lite ansträngande arbete:** Jag går ganska mycket i arbetet, men jag behöver inte lyfta eller bära tunga saker. T ex affärsbiträde, expeditjonsarbete, lätt industriarbete, förman, undervisningsarbete.
- 3 **Måttligt ansträngande arbete:** Jag måste gå och bära mycket i arbetet eller behöver ofta gå i trappor. T ex brevbärare, vaktmästare, arbete vid tung industri, visst byggnadsarbete.
- 4 **Mycket ansträngande arbete:** Mitt arbete innebär tungt kroppsarbete. Jag måste bära och lyfta tunga saker eller gräva. T ex skogsarbete, stuveriarbete, lantbruksarbete, grovarbete, fiskare.

## Fysisk aktivitet på fritiden

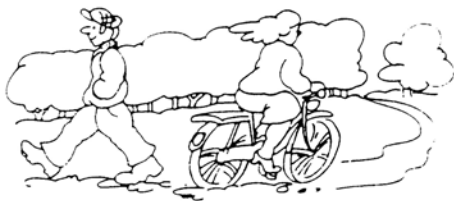
### 5a. Hur mycket rör Du Dig och anstränger Dig kroppsligen under Din fritid ?

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



#### Grupp 1 Stillasittande fritid

Du ägnar dig mestadels åt läsning, handarbete, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden.



#### Grupp 2 Måttlig motion på fritid

Du promenerar, cyklar eller rör dig på annat sätt under minst 4 timmar. I detta räknas också gång eller cykling till och från arbetet samt söndagspromenader, ordinarie trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.



#### Grupp 3 Regelbunden motion och träning

Du ägnar dig åt t ex. löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande, som motionsport Tyngre trädgårdsarbete och liknande räknas till denna grupp. För att kryssa i grupp 3 ska Du ägna dig åt dessa aktiviteter minst 3 timmar i veckan.



#### 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.

# Fysisk aktivitet på fritiden

## 5. Motion på fritiden och förflyttning till och från arbetet

Frågorna gäller dels aktiviteter på fritiden och dels hur Du tar Dig till och från arbetet, men *inte* aktiviteter i arbetet.

Ange i tabellen nedan hur många **minuter** Du i genomsnitt **per vecka** ägnar Dig åt de uppräknade aktiviteterna **under de olika årstiderna**. Du ska försöka uppskatta den **aktiva tiden** förutom omklädning, duschning och liknande. Om Du saknar något kan Du själv lägga till det i slutet av tabellen.

EXEMPEL	Vår	Sommar	Höst	Vinter
Promenader (minuter/vecka) (även till och från arbetet)	<u>195</u>	<u>315</u>	<u>20</u>	<u>225</u>

Kryssa här för de aktiviteter som Du sällan eller aldrig deltar i

↓  
↓

		Vår	Sommar	Höst	Vinter
Ange antalet minuter per vecka	↓	Antal minuter per vecka			
Badminton (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Bordtennis (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Fotboll/handboll (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Golf (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Jogging/löpning (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Motionsgymnastik (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Orientering (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Simning (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Tennis (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Cykel (minuter/vecka) (även till och från arbetet)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Promenad (minuter/vecka) (även till och från arbetet)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Gång i trappa (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Gammaldans (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Sällskapsdans (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Gräsklippning ( <i>handgräsklippning</i> ) (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Grävning ( <i>för hand</i> ) (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Trädgårdsarbete (minuter/vecka)	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
_____ (minuter/vecka)		_____	_____	_____	_____

6. Var någon av ovanstående aktiviteter så ansträngande att Du började svettas eller fick hjärklappning under en typisk vecka?  1 Ja  2 Nej

7. Om ja, under hur många min /vecka totalt ägnar Du Dig åt så ansträngande aktivitet/aktiviteter?     min/vecka

## Rökning

### 8. Röker Du?

- 1 Ja, röker regelbundet  
 2 Ja, röker ibland  
 3 Nej, slutade röka år 19   .  
 4 Nej, har aldrig rökt

### 9. Hur många år har Du sammanlagt rökt regelbundet?

- 0 Aldrig rökt

Antal år

### 10. Hur mycket röker Du?

- 0 Röker ej

Antal     cigaretter per dag

Antal     cigarrer eller cigarrcigaretter per dag

Antal     gram piptobak per vecka

### 11. Snusar Du?

- 1 Ja, antal snusdosor per vecka     
 2 Nej

**12. Tuggar Du tobak?**

- 1 Ja
- 2 Nej

**13. 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

**14. Vistas Du regelbundet eller har Du regelbundet 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



## Alkoholkonsumtion

**15. Har Du väsentligen ändrat Dina alkoholvanor på grund av sjukdom eller annan orsak sedan Du var på Malmö Kost Cancer första gången?**

1 Ja

Om ja - sedan när

19

2 Nej

Om nej, gå vidare till fråga 17

**16. Om ja, hur har Du ändrat Dina alkoholvanor sedan Du var på Malmö Kost Cancer första gången? (Fler än ett alternativ kan förkryssas)**

Dricker mer av:

Dricker mindre av:

1 öl (ej lättöl)

1 öl (ej lättöl)

2 vin

2 vin

3 sprit

3 sprit

**17. När drack Du senast öl (ej lättöl), vin eller sprit?**

0 Har ej druckit något det senaste året (gå till fråga 34)

1 Har druckit någon gång under det senaste året, men EJ under de senaste 30 dagarna (gå till fråga 26)

2 Har druckit någon gång under de senaste 30 dagarna

Följande frågor gäller Din alkoholkonsumtion *de senaste 30 dagarna*. Om Du inte druckit något gå till fråga 26.

18. Hur många dagar sammanlagt under 30-dagars perioden drack Du *öl* (ej lättöl), *vin* eller *sprit*?

Antal dagar (max 30)

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

Antal dagar (max 30)

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

Antal 33 cl flaskor

Antal 50 cl burkar

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

Antal dagar (max 30)

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

Antal glas (12 cl)

Antal halvflaskor (37cl)

Antal helflaskor (75 cl)

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

Antal dagar (max 30)

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

Antal glas (4-6 cl)/drinkar

Antal halvflaskor (37cl)

Antal helflaskor (75 cl)

25. Hur många dagar av 30 - dagarsperioden hände det, att Du *på en dag* drack

a) 5 flaskor öl eller 4 burkar öl (ej lättöl) eller mer?

Antal dagar

b) 1 flaska vin eller mer?

Antal dagar

c) 37 cl sprit eller mer?

Antal dagar

Gå till fråga 34

Följande frågor gäller Din alkoholkonsumtion *det senaste året*. OBS: Om Du har fyllt i frågorna 18-25 gå till fråga 34.

26. Hur många dagar sammanlagt under en vanlig 30-dagars period drack Du *öl* (ej lättöl), *vin* eller *sprit*?

Antal dagar (max 30)

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

Antal dagar (max 30)

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

Antal 33 cl flaskor

Antal 50 cl burkar

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

Antal dagar (max 30)

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

Antal glas (12 cl)

Antal halvflaskor (37cl)

Antal helflaskor (75 cl)

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

Antal dagar (max 30)

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

Antal glas (4-6 cl)/drinkar

Antal halvflaskor (37cl)

Antal helflaskor (75 cl)

33. Hur många dagar av 30-dagarsperioden hände det, att Du *på en dag* drack

a) 5 flaskor öl eller 4 burkar öl (ej lättöl) eller mer?

Antal dagar

b) 1 flaska vin eller mer?

Antal dagar

c) 37 cl sprit eller mer?

Antal dagar

## Kostvanor

### 34. Har Du *väsentligen* ändrat Dina kostvanor sedan Du var på Malmö Kost Cancer första gången?

- 1 Ja            Om ja, sedan när 19
- 2 Nej            Om nej, gå till fråga 38

### 35. Om ja, *varför* har Du ändrat Dina kostvanor?

*(Fler än ett alternativ kan förkryssas)*

#### a) Hälsa/sjukdom

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Högt blodtryck  | <input type="checkbox"/> 7 Hålla vikten      |
| <input type="checkbox"/> 2 Högt blodfett   | <input type="checkbox"/> 8 Rör mig mindre    |
| <input type="checkbox"/> 3 Övervikt        | <input type="checkbox"/> 9 Hjärt-kärlsjukdom |
| <input type="checkbox"/> 4 Rör mig mer     | <input type="checkbox"/> 10 Mag tarmbesvär   |
| <input type="checkbox"/> 5 Sockersjuka     | <input type="checkbox"/> 11 Psykisk ohälsa   |
| <input type="checkbox"/> 6 Högt blodsocker | <input type="checkbox"/> 12 Allergi          |

#### b) Andra faktorer

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Ändrade arbetstider    | <input type="checkbox"/> 6 Äter numera tillsammans med flera |
| <input type="checkbox"/> 2 Fysiskt tyngre arbete  | <input type="checkbox"/> 7 Försämrad ekonomi                 |
| <input type="checkbox"/> 3 Äter numera ensam      | <input type="checkbox"/> 8 Pension                           |
| <input type="checkbox"/> 4 Arbetslöshet           | <input type="checkbox"/> 9 Anhörigs sjukdom                  |
| <input type="checkbox"/> 5 Fysiskt lättare arbete | <input type="checkbox"/> 10 Annan orsak                      |

### 36. Vem eller vad var viktigast för att Du skulle ändra dina kostvanor?

*(Kryssa bara i ett alternativ)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Sjukdom               | <input type="checkbox"/> 5 Dietist                     |
| <input type="checkbox"/> 2 Läkareundersökning    | <input type="checkbox"/> 6 Ändrade arbetsförhållanden  |
| <input type="checkbox"/> 3 Hälsoundersökning     | <input type="checkbox"/> 7 Ändrade levnadsförhållanden |
| <input type="checkbox"/> 4 Kost/hälsoinformation | <input type="checkbox"/> 8 Anhörig                     |
|  | <input type="checkbox"/> 9 Annan orsak                 |

### 37. Om ja, *hur* har Du ändrat Dina kostvanor?

(Fler än ett alternativ kan förkryssas)

#### Äter mer av:

- 1 Kött
- 2 Grönsaker
- 3 Frukt
- 4 Juice
- 5 Smörgåsmargarin, totalt
- 6 Lättmargarin 40%  
(*tex Lätta, Carlshamns lättmarg.*)
- 7 Smörgåsmarg. 60%  
(*tex Mellanbregott, Runda bords*)
- 8 Smörgåsmarg. 80%  
(*tex Bregott, Flora*)
- 9 Mjukt matbröd, totalt
- 10 Fiberrikt mjukt matbröd  
(nyckelhålsmärkt)
- 11 Knäckebröd, totalt
- 12 Fiberrikt knäckebröd  
(*tex Wasa Plus, Wasa Spröda, Ryvita Fiber*)
- 13 Fisk
- 14 Ägg
- 15 Ost, alla sorter
- 16 Vetebröd/kakor
- 17 Mjök alla sorter
- 18 Fil alla sorter
- 19 All mat (*större portioner/ fler måltider*)

#### Äter mindre av :

- 1 Kött
- 2 Grönsaker
- 3 Frukt
- 4 Juice
- 5 Smörgåsmargarin, totalt
- 6 Lättmargarin 40%  
(*tex Lätta, Carlshamns lättmarg.*)
- 7 Smörgåsmarg. 60%  
(*tex Mellanbregott, Runda bords*)
- 8 Smörgåsmarg. 80%  
(*tex Bregott, Flora*)
- 9 Mjukt matbröd, totalt
- 10 Fiberrikt mjukt matbröd  
(nyckelhålsmärkt)
- 11 Knäckebröd, totalt
- 12 Fiberrikt knäckebröd  
(*tex Wasa Plus, Wasa Spröda, Ryvita Fiber*)
- 13 Fisk
- 14 Ägg
- 15 Ost, alla sorter
- 16 Vetebröd/kakor
- 17 Mjök alla sorter
- 18 Fil alla sorter
- 19 All mat (*mindre portioner/färre måltider*)

### 38. Hur är Dina kostvanor just nu?

(Kryssa bara i ett alternativ)

#### Äter:

- 1 All typ av mat
- 2 Vegetarisk mat (ej fisk och kött)
- 3 Vegan kost (enbart livsmedel från växtriket)
- 4 Diabetes kost
- 5 Annan kost (*tex glutenfri kost, fettreducerad kost*)

## Hälsotillstånd

39. Hur mycket vägde Du vid 20 års ålder?

□□□□ kg

40. Hur mycket väger Du nu?

□□□□ kg

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

Hjärtinfarkt (propp i hjärtat)	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Angina (kärlkramp i bröstet)	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Hjärtsvikt (andfåddhet eller bensvullnad)	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Slaganfall (hjärnblödning, propp i hjärnan)	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Kärlkramp i benen (fönstertittarsjukan)	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Diabetes	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Struma	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Magsår (funnet på röntgen eller vid gastroskopi)	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Cancer	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Astma/kronisk luftrörskatarr	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Ledgångsreumatism	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Inflammatorisk tarmsjukdom	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Njursten	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej
Fraktur	<input type="checkbox"/> 2 Ja	<input type="checkbox"/> 1 Nej

**42. 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

**Läkemedel**

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

- 0 Inga

Namn:

Vilket år påbörjades medicineringen?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

19 .....  
19 .....  
19 .....  
19 .....  
19 .....  
19 .....  
19 .....  
19 .....  
19 .....  
19 .....

#### 44. Vilka mediciner *utan recept* har Du ätit senaste veckan?

0 Inga

Namn:

Vilket år påbörjades medicineringen?

.....

19 .....

.....

19 .....

.....

19 .....

.....

19 .....

.....

19 .....

.....

19 .....

.....

19 .....

.....

19 .....

#### 45. Äter Du någon form av kosttillskott som innehåller vitamin C?

(Om Du äter mer än 1 sort ska Du skriva den tablett som Du tar längst tid under året)

1 Nej

2 Ja

*Om ja, hur många mån per år?*

□□

1-3 mån

□□

4-6 mån

□□

7-9 mån

□□

10-12 mån

Under sista året - Hur många tablett som innehåller *C-vitamin* har Du ätit per vecka?

Antal *C-vitamin* tablett per vecka

□□□ st

Mängd per tablett - (Innehållet per tablett brukar stå på burken) □□□□□ mg (milligram)



**46. Äter Du någon form av kosttillskott som innehåller vitamin E?**  
(Om Du äter mer än 1 sort ska Du skriva den tablett som Du tar längst tid under året)

1 Nej

2 Ja

Om ja, hur många mån per år?

1-3 mån

4-6 mån

7-9 mån

10-12 mån

Under sista året - Hur många tabletter som innehåller *E-vitamin* har Du ätit per vecka?

Antal *E-vitamin* tabletter per vecka  st

Mängd per tablett - (Innehållet per tablett brukar stå på burken)

mg eller  IE

**47. Äter Du någon form av kosttillskott som innehåller betakaroten?**  
(Om Du äter mer än 1 sort ska Du skriva den tablett som Du tar längst tid under året)

1 Nej

2 Ja

Om ja, hur många mån per år?

1-3 mån

4-6 mån

7-9 mån

10-12 mån

Under sista året - Hur många tabletter som innehåller *betakaroten* har Du ätit per vecka?

Antal *betakaroten* tabletter per vecka  st

Mängd per tablett - (Innehållet per tablett brukar stå på burken)

mg eller  IE

**48. Äter Du någon form av kosttillskott som innehåller selen?**

**(Om Du äter mer än 1 sort ska Du skriva den tablett som Du tar längst tid under året)**

1 Nej

2 Ja

*Om ja, hur många mån per år?*

1-3 mån

4-6 mån

7-9 mån

10-12 mån

Under sista året - Hur många tabletter som innehåller *selen* har Du ätit per vecka?

Antal *selen* tabletter per vecka  st

Mängd per tablett - (Innehållet per tablett brukar stå på burken)

µg

## Sjukdomar i släkten

### 49. Far har/har haft

hypertoni (högt blodtryck)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
diabetes (sockersjuka)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
fraktur (benbrott) efter 50-års ålder.	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

### 50. Mor har/har haft

hypertoni (högt blodtryck)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
diabetes (sockersjuka)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
fraktur (benbrott) efter 50-års ålder.	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

## Fråga 51-52 gäller Dina syskon

51. Har inga syskon

### 52. Mitt syskon (ett eller flera) har/har haft

hypertoni (högt blodtryck)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
diabetes (sockersjuka)	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>
fraktur (benbrott) efter 50-års ålder.	ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>	vet ej <input type="checkbox"/>

## För kvinnor enbart

**53. Vilket år började Dina menstruationer?**

19

**54. Vilket år upphörde Dina menstruationer?**

19

Har ej upphört

**55. Hur många gånger har Du haft Din menstruation de senaste 12 månaderna?**

0       1-3       4-5       6-7       mer än 9

**56. Använder Du eller har Du använt p-piller?**

1 Ja

2 Nej

*Om nej, gå till fråga 60*

**57. Om ja, för hur lång tid totalt?**

1 mindre än 6 mån       2 6 mån-1 år       3 2 år       4 3 år       5 4 år       6 5 år       7 mer än 5 år

**58. Använder Du p-piller för närvarande?**

1 Ja

2 Nej

**59. Om Du slutat ta p-piller, hur gammal var Du då?**

år

**60. Har Du någon gång fått hormonbehandling under/efter klimakteriet?**

1 Ja

2 Nej

*Om nej, gå till fråga 65*

**61. Om ja, för hur lång tid totalt?**

- 1 mindre än 6 mån  
 2 6 mån-1 år  
 3 2 år  
 4 3 år  
 5 4 år  
 6 5 år  
 7 mer än 5 år

**62. Får Du för närvarande någon form av hormonbehandling?**

- 1 Ja  
 2 Nej

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

- 1 Tabletter  
 2 Plåster  
 3 Injektionsform  
 4 Kräm

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

år

**65. Hur många barn har Du fött?**

Antal barn

- Har ej fött några barn

**66. Har Du de senaste 5 åren genomgått en fullbordad graviditet?**

- 1 Ja  
 2 Nej

**67. Om ja, vilket år eller vilka?**

19    
19    
19

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

1 Ja

2 Nej

**69. Har Du varit på mammografisk hälsokontroll (bröströntgen)?**

1 Ja Om ja, vilket år senast 19

2 Nej

**70. Har Du varit på gynekologisk hälsokontroll med cellprovstagning?**

1 Ja Om ja, vilket år senast 19

2 Nej

961114 GB/LJ/SE

*Än en gång tack för Din medverkan!*