

## Resultat av undersökning i Förebyggande Medicin Projektet.

Datum:  -  -   
År Månad Dag

Pat id:

Midja:  cm Längd:  cm

Stuss:  cm  Vikt:  kg

Blodtryck,  /  /  /  mm Hg  
liggande: Syst. 1 Diast. 1 Syst. 2 Diast. 2

Puls:  ,    
1 2

Prov	Värde	Normalt	Bör kontrolleras inom 6-12 mån	Kontrolleras snarast
Triglycerider	Mmol/L	0,4-2,2	2,3 – 5,0	> 5,0
Kolesterol	Mmol/L	3,5-6,5	6,6 – 8,0	> 8,0
HDL ”goda”	Mmol/L	0,8-1,8		
LDL ”onda”	Mmol/L	3,0-4,5		
LDL/HDL		< 3 optimalt < 4 acceptabelt		
P-Glukos	Mmol/L	4,4-6,0	6,1 – 6,9	> 6,9
BLTR	mm Hg	<150/90	>150/90<180/110	>180/110

**Normalt** anger att det funna värdet talar emot sjukdom. Ett ”normalt” värde kan aldrig utesluta sjukdom. Skulle Du känna dig sjuk eller få något symptom måste Du uppsöka läkare.

**Bör kontrolleras** betyder att Ditt värde avviker från vad vi vanligen finner hos personer av Ditt kön och Din ålder. Detta behöver inte tyda på någon sjukdom men Du bör inom 6-12 mån kontrollera provet hos Din behandlande läkare eller på den Vårdcentral Du tillhör. Tag då med Dig detta brev.

**Kontrolleras snarast** betyder att Ditt värde är för högt och måste kontrolleras inom 2 mån antingen på klin forskn avd efter överenskommelse eller hos Din ordinarie läkare.

### Till vederbörande läkare.

### Vid avvikande värden är vi tacksamma för kontroll.

Göran Berglund

Peter Nilsson

Margaretha Persson

Professor

Docent

Forskningsköterska

# FRÅGEFORMULÄR

Välkommen till vår undersökning! Vi hoppas att Du vill hjälpa oss att besvara nedanstående frågor som hjälper oss att få en bild av Dig och Din hälsa. **Har Du problem med någon fråga kontakta vår personal.** Alla svar på frågorna kommer att förvaras konfidentiellt, d.v.s. med iakttagande av full sekretess för enskilda individer.

*Göran Berglund**Peter Nilsson**Margaretha Persson*

Professor

Docent

Forskningssjuksköterska

**1. Personnummer 12 siffror (ex. 19701215-0000)**

1	9								-				
---	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

**2. Dagens datum (ex. 2002-08-20)**

q\_date

2	0			-				-			
---	---	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

**3. Var vänlig att här fylla i namn och dosering på de mediciner som Du regelbundet använder.**

V.g. skriv av uppgifter från Dina medicinförpackningar i hemmet, tack!

-----

-----


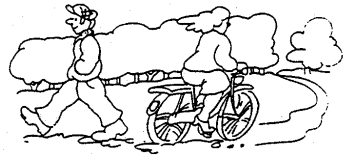


-----

**A. Din bakgrund**

a1

**1. Hur uppfattar Du Ditt hälsotillstånd i allmänhet?**

- 1  Utmärkt
- 2  Mycket bra
- 3  Bra
- 4  Mindre bra
- 5  Dåligt

1		<b>Stillasittande fritid</b> Du ägnar Dig mestadels åt läsning, handarbete, TV, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden.
2		<b>Måttlig motion på fritid</b> Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt under minst 4 timmar i veckan. I detta räknas också gång eller cykling till och från arbetet samt söndagspromenader, ordinärt trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling.
3		<b>Regelbunden motion och träning</b> Du ägnar Dig åt t ex. löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande, som motions sport. Tyngre trädgårdsarbete och liknande räknas till denna grupp. Du ägnar dig åt dessa aktiviteter minst 3 timmar i veckan.
4		<b>Hård träning eller tävlingsidrott</b> Du ägnar dig åt hård träning och tävling i löpning, orientering, skidåkning, simning, fotboll, handboll etc. regelbundet och minst 4 gånger i veckan.

2. Ovan ser du fyra teckningar som visar olika fysiska aktivitetsgrader. Enligt denna indelning, hur fysiskt aktiv...

a2a

...var Du vid **20 års ålder**? Kryssa endast för ett alternativ.

- 1 Stillasittande fritid
- 2 Måttlig motion på fritid
- 3 Regelbunden motion och träning
- 4 Hård träning eller tävlingsidrott

a2b

...var Du vid **50 års ålder**? Kryssa endast för ett alternativ.

- 1 Stillasittande fritid
- 2 Måttlig motion på fritid
- 3 Regelbunden motion och träning
- 4 Hård träning eller tävlingsidrott

a2c

...är Du **idag**? Kryssa endast för ett alternativ.

- 1 Stillasittande fritid
- 2 Måttlig motion på fritid
- 3 Regelbunden motion och träning
- 4 Hård träning eller tävlingsidrott

a3a

3. **Röker Du?**

- 1  Ja, röker regelbundet  
2  Ja, röker ibland  
3  Nej, slutade röka år  **a3b**  
4  Nej, har aldrig rökt (*gå till fråga 6*)

a4

4. Hur **många år** har Du sammanlagt rökt regelbundet?

5. **Hur mycket** röker Du (om Du slutat röka, hur mycket rökte Du tidigare i genomsnitt)?

a5a

Antal:  cigaretter per dag

a5b

Antal:  cigarrer eller cigarrcigaretter per dag

a5c

Antal:  gram piptobak per vecka

6. Ange förhållanden under en **genomsnittlig vecka**:

Hur många **flaskor/burkar öl/starköl**...

...drack Du vid 50 års ålder?

...dricker Du numera?

a6a1

a6a2

Hur många **flaskor vin**...

...drack Du vid 50 års ålder?

...dricker Du numera?

a6b1

a6b2

Hur många **centiliter starksprit**...

...drack Du vid 50 års ålder?

...dricker Du numera?

a6c1

a6c2

## **B. Kända sjukdomar hos Dig**

b1

1. Har Du av läkare fått diagnos **sockersjuka (diabetes)**?

- 1  Ja  
0  Nej (*gå till fråga 2*)

b1\_1

1.1 Vilket år fick Du diagnos?

--	--	--	--	--

1.2 Vilken läkare går Du till för denna sjukdom (fyll i namn och vårdenhet)?

-----

1.3 Vilken **behandling** får Du för denna sjukdom?

b1\_3a

Ingen      1 = Ingen

b1\_3b

Kost      1 = Kost

b1\_3c

Tabletter      1 = Tabletter

b1\_3d

Insulin      1 = Insulin

b2

2. Har Du av läkare fått diagnos **hjärtsvikt (= nedsatt hjärtfunktion eller pumpförmåga)**?

1  Ja

0  Nej (*gå till fråga 3*)

b2\_1

2.1 Vilket år fick Du diagnos?

--	--	--	--	--

2.2 Vilken läkare går Du till för denna sjukdom (fyll i namn och vårdenhet)?

-----

2.3 Vilka **mediciner** använder Du för denna sjukdom?

b2\_3a

Inga      1 = Inga

b2\_3b

Vattendrivande      1 = Vattendrivande

b2\_3c

Digitalis      1 = Digitalis

b2\_3d

Annan/andra      1 = Annan/andra

b3

3. Har Du av läkare fått diagnos **kronisk bronkit, emfysem eller KOL**?

1  Ja

0  Nej (*gå till del C*)

b3\_1

3.1 Vilket år fick Du diagnos?

--	--	--	--	--

3.2 Vilken läkare går Du till för denna sjukdom (fyll i namn och vårdenhet)?

-----

3.3 Vilka **mediciner** använder Du regelbundet för **luftvägssjukdom**?

- b3\_3a**  Inga 1 = Inga
- b3\_3b**  Kortverkande luftrörsvidgande medel (t.ex. Bricanyl, Ventoline, Atrovent) = 1
- b3\_3c**  Långverkande luftrörsvidgande medel (t.ex. Serevent, Oxis, Spiriva) = 1
- b3\_3d**  Inflammationsdämpande medel (t.ex. Becotide, Pulmicort, Seretide, Symbicort, Flutide) = 1
- b3\_3e**  Andra medel (t.ex. Teovent, Theo-Dur) = 1

### **C. Självupplevda symtom och medicinska besvär**

- c1** 1. Är du andfådd redan i **vila** eller vid **minimal ansträngning**, t.ex. när Du talar eller äter?  
1  Ja  
0  Nej
- c2** 2. Blir Du andfådd/trött vid **mycket lätt ansträngning**, t.ex. när Du klär på/av Dig?  
1  Ja  
0  Nej
- c3** 3. Blir Du andfådd/trött vid **lätt ansträngning**, t.ex. vid gång på slät mark i normal takt?  
1  Ja  
0  Nej
- c4** 4. Blir Du andfådd/trött vid **måttlig ansträngning**, t.ex. vid gång i backar eller trappor?  
1  Ja  
0  Nej
- c5** 5. Får Du ibland **svullna ben dagtid** som försvinner under natten?  
1  Ja  
0  Nej
- c6** 6. Blir Du **andfådd när Du ligger ner** som lättar när Du sätter Dig upp?  
1  Ja  
0  Nej

**c7** 7. Har Du **rethosta** eller **hosta med ökad slemproduktion** som håller på flera veckor, mer än två gånger årligen?

1  Ja

0  Nej

**c8** 8. **Piper och väser** det i luftrören när Du är förkyld eller vistas i kall eller rökig miljö?

1  Ja

0  Nej

**c9** 9. Tar det **lång tid för förkylningar och luftrörsbesvär att gå över** för Dig?

1  Ja

0  Nej

**c10** 10. Har Du upplevt **ständig stress** under de senaste **5 åren**?

1  Ja

0  Nej

**c11** 11. Har Du upplevt **ständig stress** under det **senaste året**?

1  Ja

0  Nej

**c12** 12. Har Du upplevt **någon längre period (månader) av stress** under de **senaste 5 åren**?

1  Ja

0  Nej

---

**Tack för Din medverkan och stöd till denna forskning om folksjukdomar!**

**Var vänlig lämna frågeformuläret till sjuksköterska eller annan personal på mottagningen! Vi behandlar svaren med full sekretess.**

+

+

## Medicinlista

Var vänlig att här kryssa för de **mediciner som Du regelbundet använder**. 1 = Använder medicinen  
0 = Använder inte medicinen

### ANDNINGSORGAN

r03ac02	Airomir Autohaler/ Buventol Easyhaler/ Ventoline Diskus	<input type="checkbox"/>
r03ac03	Bricanyl Turbuhaler	<input type="checkbox"/>
r03ac13	Oxis Turbuhaler	<input type="checkbox"/>
r03ac12	Serevent Diskus	<input type="checkbox"/>
r03cc12	Bambec	<input type="checkbox"/>
r03ba05	Flutide Diskus	<input type="checkbox"/>
r03ba02	Pulmicort Turbuhaler	<input type="checkbox"/>
h02ab01	Betapred	<input type="checkbox"/>
h02ab06	Prednisolon	<input type="checkbox"/>
r03ak06	Seretide Diskus	<input type="checkbox"/>
r03ak07	Symbicort Turbuhaler	<input type="checkbox"/>
r03bb01	Atrovent inhalations- pulver (kapslar)	<input type="checkbox"/>
and_med	<b>Annat preparat</b>	<input type="checkbox"/>

### DIABETES

a10a	"Insulin"	<input type="checkbox"/>
a10ba02	Glucophage/ Metformin	<input type="checkbox"/>
a10bf01	Glucobay	<input type="checkbox"/>
a10bb01	Daonil	<input type="checkbox"/>
a10bb07	Mindiab/ Glipizid	<input type="checkbox"/>
a10bx02	NovoNorm	<input type="checkbox"/>
dia_med	<b>Annat preparat</b>	<input type="checkbox"/>

### GYNEKOLOGI

g03ca03	FemaneSt/ Evorel	<input type="checkbox"/>
g03fa01	Femamor/ Activelle/ Estalis	<input type="checkbox"/>
g03fb05	Femasekvens	<input type="checkbox"/>
g03fa12	Indivina	<input type="checkbox"/>
gyn_med	<b>Annat preparat</b>	<input type="checkbox"/>

### HJÄRTA & KÄRL

	Digoxin Recip/ Lanacrist	<input type="checkbox"/>	c01aa05
	Isoptin Retard	<input type="checkbox"/>	c08da01
	Metoprolol/ Seloken	<input type="checkbox"/>	c07ab02
	Atenolol/ Tenormin	<input type="checkbox"/>	c07ab03
	Sotalol/ Sotacor	<input type="checkbox"/>	c07aa07
	Emconcor	<input type="checkbox"/>	c07ab07
	Kredex	<input type="checkbox"/>	c07ag02
	Cardizem Retard	<input type="checkbox"/>	c08db01
	Norvasc	<input type="checkbox"/>	c08ca01
	Plendil	<input type="checkbox"/>	c08ca02
	Suscard/ Nitromex/ Glytrin	<input type="checkbox"/>	c01da02
	Monoket/ Fem-Mono Retard	<input type="checkbox"/>	c01da14
	Pramace/ Triatec	<input type="checkbox"/>	c09aa05
	Enalapril	<input type="checkbox"/>	c09aa02
	Trombyl	<input type="checkbox"/>	b01ac06
	Salures	<input type="checkbox"/>	c03aa01
	Normorix mite	<input type="checkbox"/>	c03ea01
	Impugan	<input type="checkbox"/>	c03ca01
	Spirolakton	<input type="checkbox"/>	c03da01
	Midamor	<input type="checkbox"/>	c03db01
	Waran	<input type="checkbox"/>	b01aa03
	<b>Annat preparat</b>	<input type="checkbox"/>	hj_k_med

### LIPIDRUBBNING

	Pravachol	<input type="checkbox"/>	c10aa03
	Zocord	<input type="checkbox"/>	c10aa01
	Lipitor	<input type="checkbox"/>	c10aa05
	Lopid	<input type="checkbox"/>	c10ab04
	<b>Annat preparat</b>	<input type="checkbox"/>	lip_med

+

+