

Vastake küsimustele märkides risti või linnukesega vastav õige kast või tehes ring ümber õigele vastusele. Kui Te "Ei-Jah" küsimuste korral ei ole vastuses kindel, valige vastuseks "Ei".

- | | | | | |
|--|--|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1. | Kas teil on olnud kiuneid või vilinaid rinnus kordki viimase 12 kuu jooksul? | Ei
<input type="checkbox"/> | Jah
<input type="checkbox"/> | 1 |
| KUI "EI" MINGE KÜSIMUS 2 JUURDE, KUI "JAH": | | | | |
| 1.1 | Kas Te olete tundnud õhupuudust samal ajal kui esinesid kiunuvad helid? | Ei
<input type="checkbox"/> | Jah
<input type="checkbox"/> | 1.1 |
| 1.2 | Kas Teil on esinenud neid kiuneid või vilinaid ka siis kui Te ei olnud külmetunud? | Ei
<input type="checkbox"/> | Jah
<input type="checkbox"/> | 1.2 |
| 2. | Kas te viimase 12 kuu jooksul olete kordki üles ärganud raskustundega rinnus? | Ei
<input type="checkbox"/> | Jah
<input type="checkbox"/> | 2 |
| 3. | Kas viimase 12 kuu jooksul on Teid kordki üles äratanud õhupuuduse hoog? | Ei
<input type="checkbox"/> | Jah
<input type="checkbox"/> | 3 |
| 4. | Kas viimase 12 kuu jooksul on Teid kordki üles äratanud kõhahoog? | Ei
<input type="checkbox"/> | Jah
<input type="checkbox"/> | 4 |
| 5. | Kas viimase 12 kuu jooksul on Teil olnud astmahoogu? | Ei
<input type="checkbox"/> | Jah
<input type="checkbox"/> | 5 |
| 6. | Kas Te tarvitate praegu astma tõttu mingit ravimit (inhalaatoreid, või tablette)? | Ei
<input type="checkbox"/> | Jah
<input type="checkbox"/> | 6 |
| 7. | Kas Teil on mingeid nina-allergiaid k.a. "heinapalavik" ? | Ei
<input type="checkbox"/> | Jah
<input type="checkbox"/> | 7 |
| 8. | Pange kirja oma sünniaeg | Päev
<input type="checkbox"/> | Kuu
<input type="checkbox"/> | Aasta
<input type="checkbox"/> |
| 9. | Pange kirja tänane kuupäev | Päev
<input type="checkbox"/> | Kuu
<input type="checkbox"/> | Aasta
<input type="checkbox"/> |
| 10. | Märkige, kas olete mees või naine | Mees
<input type="checkbox"/> | Naine
<input type="checkbox"/> | |
| 11. | Kui pikk Te olete? | _____ cm | | |
| 12. | Palju Te kaalute? | _____ kg | | |

- | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|----|
| | | Ei | Jah | |
| 13. | Kas viimastel aastatel on Teid häirinud pikaajaline köha? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13 |
| | | Ei | Jah | |
| 14. | Kas Te tavaliselt köhite röga välja või kas Teil on kopsudes raskesti väljaköhitavat röga? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14 |

KUI “EI”, MINGE KÜSIMUS 18 JUURDE, KUI “JAH”:

- | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|----|
| | | Ei | Jah | |
| 15. | Kas Te olete niiviisi röga välja köhinud enamikel päevadel vähemalt kolmel kuul igal aastal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15 |

KUI “EI”, MINGE KÜSIMUS 18 JUURDE, KUI “JAH”:

- | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|----|
| 16. | Kui vanalt Teil need probleemid algasid? | _____ | aastaselt | |
| | | Ei | Jah | |
| 17. | Kas Teil on selliseid perioode esinenud vähemalt kahel järjestikusel aastal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17 |
| | | Ei | Jah | |
| 18. | Kas Te suitsetate (vastus on “JAH” isegi siis, kui Te teete vaid juhusliku sigareti, sigari või piibu korra nädalas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18 |
| | | Ei | Jah | |
| 19. | Kas olete endine suitsetaja? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19 |

KUI VASTUS NII KÜSIMUSELE 18 KUI 19 OLI “EI”, SIIS MINGE KÜSIMUS 20 JUURDE, KUI “JAH”:

- | | | | | |
|-------|---|--------------------------|--------------------------|----|
| 19.1. | Suitsetan/suitsetasin _____ sigaretti nädalas | _____ nädalas | | |
| | _____ sigarit nädalas | | | |
| | _____ | | | |
| | Olen suitsetanud kokku _____ aastat | | | |
| | Jätsin suitsetamise maha 19 _____ aastal | | | |
| | | Ei | Jah | |
| 20. | Kas Te põete või olete kunagi põdenud astmat? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20 |

KUI “EI”, MINGE KÜSIMUS 24 JUURDE, KUI “JAH”:

- | | | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|----|
| | | Ei | Jah | |
| 21. | Kas arst on Teil kunagi astmat diagnoosinud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21 |
| | | Ei | Jah | |
| 22. | Kui vanalt Te esmakordselt kogesite astma nähtusid? | _____ | aastaselt | |
| 23. | Mis aastal Teil viimati astma nähud esinesid? | 19 _____ | aastal | |
| | | Ei | Jah | |
| 24. | Kas Teil on kunagi esinenud ninanähte, nagu ninakinnisust, jooksvat nina, ja/või aevastushooge ilma, et Te oleksite olnud külmetunud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24 |

KUI “EI”, MINGE KÜSIMUS 25 JUURDE, KUI “JAH”:

- | | | | | |
|------|--|-------|-----------|--|
| 24.1 | Kui vanalt need Teil esimest korda esinesid? | _____ | aastaselt | |
|------|--|-------|-----------|--|

24.2 Millisel aastaajal on Teie ninanähud kõige rängemad?
(Tähistage valik ringiga)

Kevadel	Suvel	Sügisel	Talvel	Alati	Ei tea
1	2	3	4	5	6

25. Kas te elate (Tähistage valik ringiga):

Eramus	Ridaelamus	Korteris	Muu
1	2	3	4

26. Millal kolisite oma praegusesse koju? 19 _____ aastal

27. Millal (umbes) see ehitis/maja valmis? _____ aastal

28. Kas Teie praeguses kodus suitsetatakse?
(Tähistage ringiga ainult üks valik)

Jah, iga päev	Jah, tihti 1-4 korda nädalas	Jah, vahetevahel, 1-3 korda kuus	Ei, mitte kunagi
1	2	3	4

29. Kas Teie kodu siseruume on viimase 12 kuu jooksul üle värvitud?

Ei	Jah	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29

KUI "EI", MINGE KÜSIMUS 30 JUURDE, KUI "JAH" SIIS:

29.1 Millal? kuu _____ aasta _____

29.2 Mida värviti (valige üks või mitu varianti)?

Laed Seinad Puitdetailid Põrandad Metalltorud/radiaatorid Muud

30. Kas Teie kodus on viimase 12 kuu jooksul esinenud midagi alljärgnevast loetelust?

	Ei	Jah	
30.1 Vee leke või veeavarii siseruumides seintel, põrandal või lagedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.1

	Ei	Jah	
30.2 Mullid või kollased plekid plastikust põrandakatetel või mustad plekid parkettpõrandal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.2

	Ei	Jah	
30.3 Nähtav hallitus siseruumide seintel, põrandal või lagedel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.3

	Ei	Jah	
30.4 Hallituslõhn ühes või mitmes ruumis (mitte keldris).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.4

	Ei	Jah	
30.5 Teisi lõhnu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30.5

	Ei	Jah	
31. Kas Te olete oma kodus viimase 5 aasta jooksul märganud niiskuse, veelekke või hallituse märke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31

	Ei	Jah	
32. Kas Teie kodu sisemust on viimase 5 aasta jooksul millalgi üle värvitud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32

33. Loetlege oma töökohad märkides ära tegevusala ja töötamise periood. **Alla 6 kuu** kestvaid perioode ei ole vaja märkida. Töökohana läeb arvesse ka töötamine eraettevõtjana.

Näide:	Ala	Tööülesanded/amet	Algus	Lõpp
	Ehitusteenused	Torulukksepp	1965	1986
		Majahoidja	1986	siiani

34. Kas Te olete oma töö käigus olnud kunagi kokkupuutes keevitusgaasidega? Ei Jah 34

KUI "EI", MINGE KÜSIMUS 35 JUURDE, KUI "JAH" SIIS:

34.1 Millisel perioodil? 19 _____ - 19 _____

34.2 Kas Te olete oma ametite ajal olnud kokkupuutes keevitusgaasidega **rohkem kui 25%** tööajast? Ei Jah 34.2

34.3 Kas Te olete teinud roostevaba terase keevitust kokku **rohem kui 6 kuud**? Ei Jah 34.3

35. Näidake ära kui mitu korda keskeltläbi Te olete söönud kalatoite (150g) viimase aasta jooksul? (*Tehke ring ümber ühele õigele vastusele.*)

1 portsion/kuus	1-3 portsionit/kuus	1 portsion/nädalas	2-4 portsionit/nädalas	5-6 portsionit/nädalas	vähemalt 1 portsion
<small>näol</small>					
1	2	3	4	5	6

35.1 Kui tihti Te lapsena kala sõite?

Mitte kunagi	Harva	Iga nädal	Mitu korda nädalas	Peaaegu iga päev
1	2	3	4	5

35.2 Kas Te võtate kalamaksaõli? Ei Jah 35.2

KUI "EI", MINGE KÜSIMUS 36 JUURDE, KUI "JAH" SIIS:

35.1 Kui tihti?

Iga kuu	Iga nädal	Iga päev	Vähem kui korra kuus
1	2	3	4

36. Mitu korda **viimase 12 kuu** jooksul on Teil olnud hingamisteede (respiratoorseid) haigusi? _____ korda

37. Kas Teile on **viimase 12 kuu** jooksul hingamisteede haiguste tõttu antibiootikume välja kirjutatud? Ei Jah 37

38. Kui vana oli Teie ema kui Te sündisite? _____ aastane

39. Kas Teie sündimise ajal oli Teie kodus: (*Valige üks või mitu varianti*)

Koer **Kass** **Mõni muu karvane loom**

39.1 Kas Teie lapsepõlves oli Teie kodus: (*Valige üks või mitu varianti*):

Koer **Kass** **Mõni muu karvane loom**

40. Kas Teid on **enne 2-aastaseks saamist** hingamisteede haiguste (astma, bronhiit, hingamisteede põletik või kopsupõletik) tõttu haiglasse pandud? Ei Jah 40

41. Kas Teil oli lapsena korduvalt kõrvapõletikke? Ei Jah 41

42. Milline haridus oli Teie emal? (*Valige üks või mitu varianti*)

Põhiharidus **Keskharidus** **Rakenduslik
kõrgem või
kõrgem haridus** **Muu**

43. Milline haridus oli Teie isal? (*Valige üks või mitu varianti*)

Põhiharidus **Keskharidus** **Rakenduslik
kõrgem või
kõrgem haridus** **Muu**

44. Mitu inimest elas Teie kodus kui Te olite 5-aastane? _____ inimest

45-51 Une ja une kvaliteedi küsimused*Vastake küsimustele tõmmates ring ümber õigele numbrile.**Numbrite tähendus:**1: mitte kunagi või peaaegu mitte kunagi**2: vähem kui korra nädalas**3: kord või kaks nädalas**4: 3-5 ööl/päeval nädalas**5: peaaegu igal päeval või öösel***Kui sageli viimastel kuudel on juhtunud,**

45. et norskate valjult ja segavalt?	1	2	3	4	5	45
46. et pärast voodisse minekut on Teil esinenud kõrvetisi või rõhitisi?	1	2	3	4	5	46
47. et võtate unerohu?	1	2	3	4	5	47
48. et Teil on õhtuti uinumiskraskusi?	1	2	3	4	5	48
49. et ärkate öö jooksul korduvalt üles?	1	2	3	4	5	49
50. et tunnete end päevasel ajal uimasena?	1	2	3	4	5	50
51. ärkate liiga vara ega suuda seejärel uuesti uinuda?	1	2	3	4	5	51

52. Kas Teil on kõrge vererõhk?	Ei	Jah	52
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
53. Kas Teil on mingi südamehaigus?	Ei	Jah	53
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
54. Kas mõni arst on Teile kunagi öelnud, et Teil on diabeet?	Ei	Jah	54
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KUI "EI", MINGE KÜSIMUS 55 JUURDE, KUI "JAH" SIIS:

54.1 Kui vana Te siis olite?

_____ aastane

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|----|
| | Ei | Jah | |
| 55. Kas teil on olnud kiuneid või vilinaid rinnus kordki viimase kolme päeva jooksul ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55 |
| | Ei | Jah | |
| 56. Kas viimase kolme päeva jooksul on Teid kordki üles äratanud õhupuuduse hoog? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56 |
| | Ei | Jah | |
| 57. Kas viimase kolme päeva jooksul on Teid kordki üles äratanud köhahoog? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57 |

58-62 Ainult naistele mõeldud küsimused:

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| | Päev | Kuu | Aasta | |
| 58. Viimase menstruatsiooni esimene päev: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | Ei | Jah | |
| 59. Kas Teil on regulaarne menstruatsioonitsükkel? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 59 |
| | | Ei | Jah | |
| 60. Kas Te olete rase? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 60 |
| | | Ei | Jah | |
| 61. Kas Te võtate rasestumisvastaseid pille? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 61 |
| | | Ei | Jah | |
| 62. Kas Teil on menopaus?
<i>(kuus või enam kuud on möödunud viimasest menstruatsioonist)</i> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 62 |

KUI “EI”, OLETE LÕPETANUD KÜSIMUSTIKU TÄITMISE, KUI “JAH”:

62.1 Mis vanusest alates? _____ a.

	Ei	Jah	
62.2 Kas Te saate hormoone/hormonaalset asendusravi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62.2

Juhuks, kui meil kerkib üles vajadus Teiega veelkord ühendust võtta, pange palun siia kirja oma telefoninumbrid:

Telefon päeval: _____ /

Telefon õhtul:

TÄNAME TEID ABI EEST!