

## LUFTVÄGAR OCH HÄLSA II

### Frågeformulär 1

Besvara frågorna genom att kryssa i, skriva i eller ringa in rätt alternativ. Om Du är osäker vid "nej-ja-frågor", Välj nej-rutan.

Area

Personkod

1. Har Du haft pip eller väsningar i bröstet vid något tillfälle under **de senaste 12 månaderna**? Nej  Ja
- OM "NEJ" HOPPA TILL FRÅGA 2, OM "JA":**
- 1.1 Har Du överhuvudtaget varit det minsta andfädd när Du haft pip eller väsningar i bröstet? Nej  Ja
- 1.2 Har Du haft detta pip eller väsande i bröstet när Du **inte** samtidigt varit förkyld? Nej  Ja
2. Har Du vaknat med en trånghets känsla i bröstet vid något tillfälle under **de senaste 12 månaderna**? Nej  Ja
3. Har Du vaknat av anfall av andnöd vid något tillfälle under **de senaste 12 månaderna**? Nej  Ja
4. Har Du vaknat av en hostattack vid något tillfälle under **de senaste 12 månaderna**? Nej  Ja
5. Har Du haft något astma-anfall under **de senaste 12 månaderna**? Nej  Ja
6. Använder Du för närvarande någon medicin (spray, inandningspulver eller tabletter) mot astma? Nej  Ja
7. Har Du hösnuva eller någon annan allergisk snuva? Nej  Ja
8. Ange Ditt födelsedatum dag  mån  år
9. Ange dagens datum dag  mån  år
10. Är Du man eller kvinna? man  kvinna

11. Hur lång är Du? \_\_\_\_\_ cm

12. Hur mycket väger Du? \_\_\_\_\_ kg

13. Har Du under de senaste åren besvärats av långvarig hosta? Nej  Ja

14. Brukar Du hosta upp slem eller har Du slem i bröstet som Du har svårt att få upp? Nej  Ja

**OM "NEJ" HOPPA TILL FRÅGA 18, OM "JA":**  
15. Får Du upp slem på det här viset nästan varje dag under **åtminstone tre månader** varje år? Nej  Ja

**OM "NEJ" HOPPA TILL FRÅGA 18, OM "JA":**  
16. Hur gammal var Du när dessa besvär började? \_\_\_\_\_ år

17. Har Du haft sådana perioder under **minst två år** i följd? Nej  Ja

18. Är Du rökare (gäller även om Du röker enstaka cigaretter/cigarrer eller pipstopp per vecka)? Nej  Ja

19. Är Du f.d. rökare? Nej  Ja

**OM "NEJ" PÅ FRÅGA 18 OCH 19 HOPPA TILL 20 OM "JA":**

19.1 Röker/rökte \_\_\_\_\_ cigaretter/vecka  
\_\_\_\_\_ cigarrer/vecka  
\_\_\_\_\_ pkt piptobak/vecka \_\_\_\_\_

Rökt i \_\_\_\_\_ år

Slutade röka \_\_\_\_\_ årtal

20. Har Du eller har Du haft astma? Nej  Ja

**OM "NEJ" HOPPA TILL FRÅGA 24, OM "JA":** Nej  Ja

21. Har Du av läkare fått diagnosen astma? Nej  Ja

22. Hur gammal var Du när Du första gången hade astmabesvär? \_\_\_\_\_ År  
23 Vilket år hade Du senast astmabesvär? \_\_\_\_\_ årtal

24. Har Du någonsin haft näsbesvär såsom nästäppa, rinnsnuva och/eller nysattacker utan förkylning? Nej  Ja

**OM "NEJ" HOPPA TILL FRÅGA 25, OM "JA":**  
24.1 Hur gammal var Du när Du märkte det första gången? \_\_\_\_\_År

24.2 Vilken årstid är Dina besvär som sämst?(Ringa in ett alternativ)

**Vår    Sommar    Höst    Vinter    Alltid    Vet ej**

25. I vilken typ av bostad bor Du? (Ringa in ett alternativ)

**Villa    Radhus/Parhus    Lägenhet    Annat**

26. När flyttade Du in i Din nuvarande bostad? \_\_\_\_\_årtal

27. Byggnadens/husets ungefärliga byggnadsår \_\_\_\_\_år

28. Förekommer tobaksrökning inomhus i Din nuvarande bostad?  
(Ringa in ett alternativ)

**Ja            Ja ofta            Ja ibland            Nej**  
**Dagligen    1-4ggr/vecka    1-3 ggr/mån    Aldrig**

29. Har Din bostad målats om invändigt under **de senaste 12 månaderna**? Nej  Ja

**OM "NEJ" HOPPA TILL FRÅGA 30, OM "JA":**

29:1 När skedde detta: \_\_\_\_\_mån\_\_\_\_\_år

29.2 Vad målades om (ringa in **ett eller flera** alternativ)

**Innertak    Väggar    Snickeri/trädetaljer    Golv    Metallrör/Radiatorer    Annat**



34. Har Du arbetat med svetsning eller på annat sätt i Ditt arbete blivit utsatt för metallrök/svetsrök? Nej  Ja

**OM "NEJ" HOPPA TILL FRÅGA 35, OM "JA":**

- 34.1 Under vilken tidsperiod? \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (årtal) Nej  Ja
- 34.2 Har Du i någon anställning arbetat med svetsning **mer än 25%** av Din arbetstid? Nej  Ja
- 34.3 Har Du sammanlagt svetsat i rostfritt material i **mer än 6 mån?** Nej  Ja
35. Hur ofta har Du i genomsnitt ätit fisk (fiskrätter) under det senaste året? (Ringa in **ett** alternativ)

**1 port/mån 1-3 port/mån 1 port./vecka 2-4 port./vecka 5-6port/vecka minst 1 port./dag**

- 35.1 Hur ofta åt Du fisk som barn? (Ringa in **ett** alternativ)

**Aldrig Sällan Varje vecka Flera gånger per vecka Nästan dagligen**

- 35.2 Använder Du fiskleverolja? Nej  Ja

**OM "NEJ" HOPPA TILL FRÅGA 36, OM "JA":**

- 35.3 Hur ofta?

**Varje månad Varje vecka Varje dag Mindre än en gång i månaden**

36. Hur många luftvägsinfektioner har Du haft under **de senaste 12 månaderna?** \_\_\_\_\_antal

37. Har Du fått antibiotika (t.ex. penicillin) pga luftvägsinfektioner under **de senaste 12 månaderna?** Nej  Ja

38. Hur gammal var Din mor när Du föddes? \_\_\_\_\_år

39. Fanns det husdjur i Ditt hem när Du **föddes?** (Ringa in **ett eller flera** alternativ)

**Hund Katt Andra pälsdjur**

- 39.1 Fanns det husdjur i Ditt hem när Du var **barn?** (Ringa in **ett eller flera** alternativ)

**Hund Katt Andra pälsdjur**

40. Har Du varit inlagd på sjukhus innan **2 års ålder** pga av sjukdom i luftvägarna (astma, luftvägskatarr, luftrörsinflammation eller lunginflammation) Nej  Ja



