

Hoster du omtrent daglig i perioder? JA NEI

Hvis Ja: Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?

Har du hatt slik hoste så lenge som i en 3 måneders periode i begge de to siste år?

Plagsomt tørre øyne - har du hatt denne følelsen daglig i mer enn 3 måneder?.....

Har du ofte følelsen av sand på øynene

Tørrhet i munnen - har du hatt denne følelsen daglig i mer enn 3 måneder?.....

Må du ofte drikke for å kunne svelge tørr mat?

T

VANLIGE PLAGER

Hvor ofte opplever du plagene som er nevnt nedenfor?

	Nesten aldri	Sjelden	Iblant	Ofte	Nesten alltid
Magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppblåst mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belegg på tungen eller vond smak i munnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppkast eller oppstøt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyp pige løse avføringer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndenød uten at du har anstrengt deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brystsmerter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svie ved vannlating.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ubehag i skrittet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Misfarving av hud eller flekker på huden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledd- eller muskelsmerter i armer eller ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prikking eller stikking i armer eller ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svie eller renning fra øyne eller nese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uttalt tretthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Får du noen av plagene som er nevnt i forrige spørsmål, når du kjenner lukt av parfyme, stekelukt, eksos eller lignende? JA NEI

T

ARBEID

Hva slags arbeidssituasjon har du nå?

Lønnet arbeid	<input type="checkbox"/>
Heltids husarbeid	<input type="checkbox"/>
Utdanning, militærtjeneste	<input type="checkbox"/>
Arbeidsledig, permittert.....	<input type="checkbox"/>

Hvor mange timer lønnet arbeid har du i uken? Oppgi antall hele timer.....

Har du skiftarbeid, nattarbeid eller går vakter?..... JA NEI

Hvor ofte får du brukt dine evner i arbeidet?

Ofte	Noen ganger	Sjelden	T
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du er i lønnet eller ulønnet arbeid

Hvordan vil du beskrive arbeidet ditt?

For det meste stillesittende arbeid (f.eks. skrivebordsarbeid, montering)	<input type="checkbox"/>
Arbeid som krever at du går mye? (f.eks. ekspeditørarbeid, lett industriarbeid, undervisning)	<input type="checkbox"/>
Arbeid hvor du går og løfter mye? (f.eks. postbud, pleier, bygningsarbeider)	<input type="checkbox"/>
Tungt kroppsarbeid?..... (f.eks. skogsarb., tungt jordbruksarb., tungt bygningsarb.)	<input type="checkbox"/>

Hva er for tiden husholdningens årsinntekt før skatt? (lønn og pensjon)

Ingen inntekt.....	<input type="checkbox"/>
Kr. 100,- – 49.900,-.....	<input type="checkbox"/>
Kr. 50.000,- – 99.900,-.....	<input type="checkbox"/>
Kr. 100.000,- – 149.900,-.....	<input type="checkbox"/>
Kr. 150.000,- – 199.900,-.....	<input type="checkbox"/>
Kr. 200.000,- – 299.900,-.....	<input type="checkbox"/>
Kr. 300.000,- – 399.900,-.....	<input type="checkbox"/>
Kr. 400.000,- – 499.900,-.....	<input type="checkbox"/>
Kr. 500.000,- – eller mer	<input type="checkbox"/>

Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt sykefravær?

	JA	NEI
Med egenmelding.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med sykemelding fra lege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom JA, hvor lenge til sammen?

Mindre enn 1 uke	1-2 uker	2-8 uker	Mer enn 8 uker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mottar du for tiden noen av følgende offentlige ytelser?

Sykepenger/sykelønn/ rehabiliteringspenger	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="text"/> Måned	<input type="text"/> År
T Ytelser under yrkesrettet attføring....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Uførepensjon	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sosialstøtte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Arbeidsløshetsstrygd	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Etterlattepensjon.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Andre ytelser	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Er det andre i din nærmeste familie som mottar noen av de følgende ytelser?

	Ektefelle/ samboer	Mor	Far
Sykepenger/sykelønn/ rehabiliteringspenger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrkesrettet attføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uføretrygd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidsløshetsstrygd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SØVN

Hvor ofte er du plaget av søvnløshet?

Aldri, eller noen få ganger i året.....	<input type="checkbox"/>
1 - 2 ganger i måneden.....	<input type="checkbox"/>
Omtrent en gang i uken	<input type="checkbox"/>
Mer enn en gang i uken	<input type="checkbox"/>

Har du siste året vært plaget av søvnløshet slik at det har gått ut over arbeidsevnen?..... JA NEI

T

HELSE OG TRIVSEL

Her kommer noen flere spørsmål om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som beskriver dine følelser

Jeg føler meg nervøs og urolig.

<input type="checkbox"/> Mesteparten av tiden	<input type="checkbox"/> Mye av tiden
<input type="checkbox"/> Fra tid til annen	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt

Jeg gleder meg fortsatt over ting, slik jeg pleide før.

<input type="checkbox"/> Avgjort like mye	<input type="checkbox"/> Bare lite grann
<input type="checkbox"/> Ikke fullt så mye	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt

Jeg har en urofølelse, som om noe forferdelig vil skje.

<input type="checkbox"/> Ja, og noe svært ille	<input type="checkbox"/> Litt, bekymrer meg lite
<input type="checkbox"/> Ja, ikke så veldig ille	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt

Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner.

<input type="checkbox"/> Like mye nå som før	<input type="checkbox"/> Avgjort ikke som før
<input type="checkbox"/> Ikke like mye nå som før	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt

Jeg har hodet fullt av bekymringer.

<input type="checkbox"/> Veldig ofte	<input type="checkbox"/> Av og til
<input type="checkbox"/> Ganske ofte	<input type="checkbox"/> En gang i blant

Jeg er i godt humør.

<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Ganske ofte
<input type="checkbox"/> Noen ganger	<input type="checkbox"/> For det meste

Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet.

<input type="checkbox"/> Ja, helt klart	<input type="checkbox"/> Ikke så ofte
<input type="checkbox"/> Vanligvis	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt

Jeg føler meg som om alt går langsommere.

<input type="checkbox"/> Nesten hele tiden	<input type="checkbox"/> Fra tid til annen
<input type="checkbox"/> Svært ofte	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt

Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen.

<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt	<input type="checkbox"/> Ganske ofte
<input type="checkbox"/> Fra tid til annen	<input type="checkbox"/> Svært ofte

Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut.

<input type="checkbox"/> Ja, jeg har sluttet å bry meg	<input type="checkbox"/> Kan hende ikke noe
<input type="checkbox"/> Ikke som jeg burde	<input type="checkbox"/> Bryr meg som før

Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv.

<input type="checkbox"/> Uten tvil svært mye	<input type="checkbox"/> Ikke så veldig mye
<input type="checkbox"/> Ganske mye	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt

Jeg ser med glede frem til hendelser og ting.

<input type="checkbox"/> Like mye som før	<input type="checkbox"/> Avgjort mindre enn før
<input type="checkbox"/> Heller mindre enn før	<input type="checkbox"/> Nesten ikke i det hele tatt

Jeg kan plutselig få en følelse av panikk.

<input type="checkbox"/> Uten tvil svært ofte	<input type="checkbox"/> Ikke så veldig ofte
<input type="checkbox"/> Ganske ofte	<input type="checkbox"/> Ikke i det hele tatt

Jeg kan glede meg over gode bøker, radio og TV.

<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Ikke så ofte
<input type="checkbox"/> Fra tid til annen	<input type="checkbox"/> Svært sjelden

Har du i løpet av de siste 12 måneder hatt tanker om at det var bedre om du var død, eller hatt tanker om å skade deg selv på en eller annen måte?..... JA NEI

GJENTAGELSE AV INDRE OG YTRE HANDLINGER

Har du siste måned brukt mer enn en time om dagen på å gjenta ytre handlinger? (som håndvask eller sjekking av kokeplater/låser)..... JA NEI

Hva med å gjenta indre handlinger (som telling eller å gjenta ord) ? Syns du dette er overdrevent eller urimeelig?.....

Har du siste måned vært plaget av tanker, bilder eller impulser som du syntes var plagsomme, frastøtende eller påtrengende? (som tanken på at du har kjørt på noen eller var smittet).....

Kom dette tilbake selv om du prøvde å trenge det bort?.....

T

FAMILIÆR PROSTATAKREFT

Har noen i din nære familie fått konstatert kreft i prostatakjertelen?..... JA NEI

Dersom «JA»: kryss av om dette gjelder:

Din far.....	<input type="checkbox"/>	Oppgi antall	<input type="text"/> <input type="text"/>
Onkler.....	<input type="checkbox"/>	Antall	<input type="text"/> <input type="text"/>
Brødre	<input type="checkbox"/>	Antall	<input type="text"/> <input type="text"/>

VENNER

Hvor mange gode venner har du? Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg hjelp når du trenger det. Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med andre slektninger.

Jeg har gode venner JA NEI

Føler du at du har nok gode venner?

Hvor ofte tar du vanligvis del i foreningsvirksomhet som f.eks. idrettslag, politiske lag, religiøse eller andre foreninger?

Aldri, eller noen få ganger i året	<input type="checkbox"/>
1-3 ganger i måneden	<input type="checkbox"/>
Omtrent en gang i uken	<input type="checkbox"/>
Mer enn en gang i uken.....	<input type="checkbox"/>

T

HUNDEHOLD

Finnes det hund i husstanden? JA NEI ANTALL

Hvis «Ja», hvilken rase?

Finnes det andre kjæledyr enn hund i husstanden?..... JA NEI

Hvis «Ja», hva slags?

De neste spørsmålene besvares bare av de som har hund.

Hvor lenge har du hatt hund? Under 1/2 år 1/2 til 1 år 1 - 2 år Over 2 år Alltid

Din daglige tid på tur med hunden: Under 15 min./dag 15 min. - 1/2 time 1/2 - 1 time 1 - 2 timer Mer enn 2 timer

Vi har satt opp noen påstander: En markering for hver påstand.

	Helt uenig	Delvis uenig	Usikker	Delvis enig	Helt enig
Hunden letter min kontakt med andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hundehold har positiv innvirkning på mitt psykiske velvære.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hunden gir økt trygghetsfølelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hundehold øker min fysiske aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hunden min har et stabilt gemytt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T