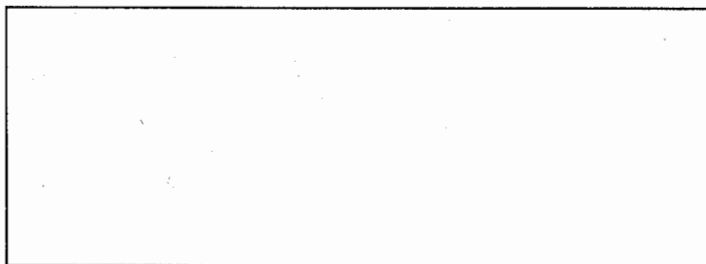


TILLEGGSUNDERSØKELSE VED

HELSEUNDERSØKELSEN I

HORDALAND, 1992-93.



Universitetet i Bergen og Statens helseundersøkelser samarbeider om et forskningsprosjekt ved hjerte-karundersøkelsen i Hordaland i 1992-93. Formålet med prosjektet er en mer detaljert kartlegging av risikofaktorer for hjerte-karsykdom i fylket.

I denne sammenheng vil vi undersøke en spesiell aminosyre som heter homocystein i blodet. Det er mulig at blodets innhold av denne aminosyren er et ganske godt mål for risiko for hjerte-karsykdom, og kan dermed bli et viktig utgangspunkt for forebyggende tiltak.

Dette vet vi ikke ennå, men hjerte-karundersøkelsen i Hordaland kan gi oss svaret på det. Dette vil ha stor betydning for fremtidig helsearbeid, både i Norge og andre land.

For å kunne vurdere hvor viktig denne aminosyren er, trenger vi opplysninger om en rekke andre faktorer som kan ha betydning for forekomst av hjerte-karsykdom. Vi ber deg derfor være vennlig å besvare spørsmålene nedenfor så nøyaktig som mulig, og returnere skjemaet i den frankerte svarkonvolutten så snart som mulig. Alle opplysningene du gir vil bli behandlet strengt fortrolig etter de regler Datatilsynet gir. Etter en tid vil vi sende ut en påminnelse til dem som ikke har returnert skjema. Derfor ber vi deg om å returnere skjemaet selv om du ikke ønsker å svare. Har du spørsmål i forbindelse med utfylling av skjemaet, kan du kontakte dr. Gunnar Kvåle, forskningssjef ved Interfakultært kompetansesenter for epidemiologi, tlf 974656. På forhånd takk for hjelpen og med vennlig hilsen fra

Statens helseundersøkelser

Universitetet i Bergen

EGEN HELSE

Kryss av for hvordan du vurderer din egen helse.

Meget god	<input type="checkbox"/>	1
God	<input type="checkbox"/>	2
Hverken god eller dårlig	<input type="checkbox"/>	3
Dårlig	<input type="checkbox"/>	4
Meget dårlig	<input type="checkbox"/>	5

12

Har du vært behandlet av lege eller innlagt i sykehus for noen av de følgende sykdommer? (sett kryss for ja eller nei og angi evt. din alder da diagnosen ble stillet)

	Ja	Nei	Hvis ja: alder ved start	
Angina pectoris (hjertekrampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
Hjerneslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19
Blodpropp i legg eller lår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
Årebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
Sukkersyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
Sukkersyke beh. m. insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
Nyresykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
Leversykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
Leddgikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
Sykdom i skjoldbruskkjertelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55

Har du vært hos lege siste 3 mnd? Ja Nei 58

Har du vært innlagt i sykehus siste 3 mnd? Ja Nei 59

Har du fått narkose siste 3 mnd? Ja Nei 60

Hvor mange ganger totalt har du fått narkose? Ingen eller antall 62

Hvor mange ganger har du fått kur med antibiotika (penicillin eller lignende) siste året? Ingen eller antall 64

Når var du sist hos tannlegen? For mindre enn 2 år siden 1 For 2-4 år siden 2 For 5-10 år siden 3 For mer enn 10 år siden 4 65

KOSTHOLD (forts)

Hvor ofte spiser eller bruker du i matlagingen disse matvarene?

	Omtrent daglig	4 - 5 g. pr. uke	2 - 3 g. pr. uke	1 g. pr. uke	1 - 3 g. pr. mnd	Sjelden el. aldri	
Kjøtt fersk, frossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	234
Kjøtt opplaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	235
Fisk fersk, frossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	236
Fiskemat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	237
Egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	238
Grønnsakbland.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	239
Grønnsaksalat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	240
Broccoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	241
Blomkål/kål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	242
Gulrøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	243
Tomat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	244
Erter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	245
Bønner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	246
Epler/pærer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	247
Bananer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	248
Appelsiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	249
Olivenoilje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	250
Soyaolje/ annen olje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	251
Hvitløk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	252
Nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	253
Sopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	254
Potet-gull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	255
Cola/brus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	256

2

4

6

FYSISK AKTIVITET

Hvor ofte gjør du følgende?

(Sett kryss på hver linje)

	Omtrent daglig	4 - 5 g. pr. uke	2 - 3 g. pr. uke	1 g. pr. uke	1 - 3 g. pr. mnd	Sjelden el. aldri	
Kortvarig fysisk aktivitet (mindre enn 20 min) som gjør deg andpus- ten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	257
Fysisk aktivitet av over 20 min. varighet som gjør deg svett eller andpusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	258
Spasertur av minst 1 times varighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	259
Tungt fysisk arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	260

2

4

6

Hvor mange timer trener eller mosjonerer du til sammen pr. uke slik at du blir andpusten, svett eller sliten?

Antall timer

Er du høyre- eller venstrehendt?

Høyre Venstre 263

Bruker du briller mot nærsynthet?

Ja Nei 264

BARE FOR KVINNER

Har du født barn? Ja Nei 265

Hvis ja, hvor mange? Angi antall 266

Hvor gammel var du da du fødte ditt første barn? Angi alder i år 268

Hvor gammel var du da du fødte ditt siste barn? Angi alder i år 270

Hvor gammel var du da du fikk din første menstruasjon? Angi alder i år 272

Hvis du ikke lenger har menstruasjonen hvor gammel var du da den opphørte? Angi alder i år 274

Har du noen gang brukt p-piller? Ja Nei 276

Hvis ja, hvor lenge har du brukt p-piller totalt? Antall år 277

Hvis mindre enn ett år. Antall måneder: 279

Hvor gammel var du første gang du brukte p-piller regelmessig? Angi alder i år 281

Har du noen gang brukt østrogener (hormontabletter) for plager i overgangsalderen eller av andre grunner? Ja Nei 283

Hvis ja, hvor lenge har du brukt østrogener totalt? Antall år 284

Hvis mindre enn ett år, antall måneder: 286

Hvor gammel var du første gang du brukte østrogener regelmessig? Angi alder 288