

Appendix II

Basis for papers II and III

Invitation, photo pamphlet and questionnaire from series 39
Invitation, information letter and blood sample questionnaire
Reminder card, blood sampling



KVINNER OG KREFT

Orientering om undersøkelsen

Du samtykket i 1991 og 1998 til å fylle ut et spørreskjema som du mottok i posten - Kvinner og Kreft. Spørreskjemaet tok opp en rekke forhold knyttet til ditt liv, som barnefødsler, p-pillebruk, kosthold, røyking og sosiale forhold. Formålet med undersøkelsen var å se om disse forhold har betydning for utvikling av kreft hos kvinner. Resultatene vil bli publisert i dagspressen og i internasjonale fagtidsskrifter. Ansvarlig for undersøkelsen er professor Eiliv Lund.

Vi retter nå en ny forespørsel til deg om du nok en gang vil besvare det vedlagte spørreskjemaet. Begrunnelsen for å kontakte deg på ny er at mange av de spørsmålene du besvarte sist gjaldt levevaner som vi vet endrer seg med alderen. De fleste spørsmålene vil dreie seg om årene siden siste utfylling.

Undersøkelsen er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk i Nord-Norge. Adressen din henter vi fra det sentrale personregister ved hjelp av Statistisk Sentralbyrå. Som forrige gang inneholder spørreskjemaet kun løpenummer uten annen identifikasjon, for derved å gi dine opplysninger et bedre personvern.

Med noen års mellomrom frem til år 2034 vil vi sammenholde opplysningene som du har gitt i undersøkelsen med opplysninger fra Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. Ved å studere materialet på nytt, håper vi å finne ut årsakene til at noen kvinner får kreft. Alle opplysningene fra spørreskjemaene og registrene vil bli behandlet konfidensielt og etter de regler Datatilsynet har gitt i sin tillatelse.

Det er frivillig om du vil være med i undersøkelsen. Du kan senere trekke deg uten begrunnelse og uten at det vil få noen konsekvenser for deg. Opplysninger du har gitt kan du be om å få slettet.

Vi vil be deg om å besvare det vedlagte spørreskjemaet så riktig som mulig. Dersom ingen av de oppgitte svaralternativ dekker din situasjon, sett kryss for det alternativet som ligger nærmest. Gi eventuelt merknader eller tilleggsopplysninger i skjemaet. Vi spør også alle som deltar om tillatelse til fornyet kontakt om noen år i form av et liknende spørreskjema.

Vi vil senere kontakte en del av deltakerne for å få tatt en blodprøve. Det vil skje hos nærmeste lege og være gratis. Noen kvinner vil også bli forespurt om å delta i et kostholdsintervju over telefon.

For spørsmål om bruk av hormoner i overgangsalderen finner du bilder i denne brosjyren som skal være et hjelpemiddel (brosjyren skal ikke returneres). Spørreskjemaet sendes tilbake i vedlagte konvolutt som vi betaler svarporto for.

Med hilsen

Eiliv Lund
professor dr.med.

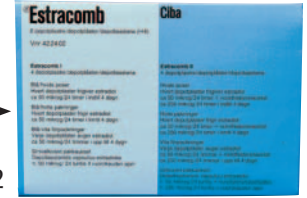
Bente A. Augdal
prosjektmedarbeider

Bilder av hormoner til bruk i og etter overgangsalderen (østrogen)

Denne brosjyren er et hjelpemiddel for å huske riktig navn på de hormontabletter/plaster du har brukt.

Alle som er nevnt eller avbildet nedenfor har vært i salg mellom 1998 og 2004. Under bildene er det oppgitt hvilke år disse var i salg. For noen hormontabletter/plaster finnes det esker med samme utseende, men med ulik styrke av hormonene. Vi ber deg tenke nøye gjennom navnet på de hormon-tabletter/plaster du har brukt. Enkelte preparater er ikke gjengitt med bilder, det gjelder:

- Nr. 104 Etifollin 50 mcg tabletter, solgt fra 1953-2000
- Nr. 121 Menorest 37,5 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 122 Menorest 50 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 123 Menorest 75 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 124 Menorest 100 mcg/24t plaster, solgt fra 1996-2002
- Nr. 196 Primolut tabletter, solgt fra 1958-
- Nr. 197 Perlutex tabletter, solgt fra 1960-
- Nr. 199 Provera 5 og 10 mg tabletter, solgt fra 1964-



Nr. 110
Estracomb
Solgt fra 1994-2002

Nr. 111
Ovesterin 1 mg tabl.
Solgt fra 1971



Nr. 112
Ovesterin 2 mg tabl.
Solgt fra 1989

Nr. 113
Ovesterin krem
Solgt fra 1983

Nr. 114
Ovesterin vag.
Solgt fra 1984

Nr. 115
Evorel 100 mcg
Solgt fra 1995

Nr. 117
Evorel 50 mcg
Solgt fra 1994

Nr. 116
Evorel 25 mcg
Solgt fra 1995

Nr. 118
Estraderm 100 mcg
Solgt fra 1989-2002



Nr. 119 Estraderm 50 mcg
Solgt fra 1989-2002

Nr. 120 Estraderm 25 mcg
Solgt fra 1989

Estraderm produseres av "Novartis". Fantes og som Estraderm Matrix.

Nr. 101 Cyclabil
Solgt fra 1978



Nr. 102
Trisekvens
Solgt fra 1978



Nr. 103
Trisekvens Forte
Solgt fra 1978

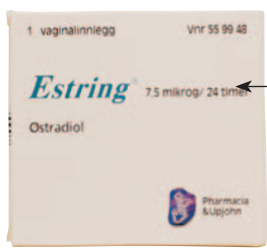


Nr. 105
Kliogest
Solgt fra 1988



Nr. 107 Progynova 2mg
Solgt fra 1967

Nr. 106 Progynova 1mg Solgt fra 1970



Nr. 125
Estring
Solgt fra 1996



Nr. 136 Vagifem
Solgt fra 2000



Nr. 138
Climodien
Solgt fra 2001



Nr. 126
Climara
50 mcg
Solgt fra 1997



Nr. 127
Climara 100 mcg
Solgt fra 1997



Nr. 139 Oestriol 1 mg
Solgt fra 1999



Nr. 140 Oestriol 2 mg
Solgt fra 1999



Nr. 128
Livial
Solgt fra 1999



Nr. 141
Novofem
Solgt fra 2002

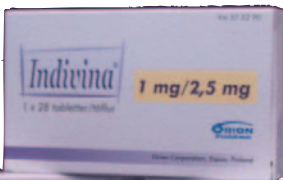


Nr. 142
Estradot
37,5 mcg

Nr. 144
Estradot 75 mcg

Nr. 143
Estradot 50 mcg

Nr. 145
Estradot 100 mcg



Nr. 130
Indivina 1mg/2,5 mg
Solgt fra 2001



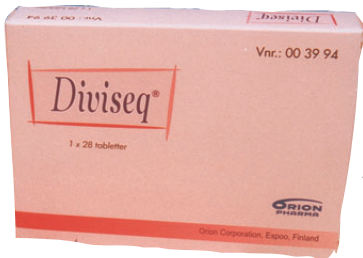
Nr. 132
Indivina 2 mg/5 mg
Solgt fra 2001

Nr. 131
Indivina 1mg/5 mg
Solgt fra 2001

Nr. 146
Estalis
Solgt fra 2002



Nr. 147
Estalis Sekvens
Solgt fra 2003



Nr. 133 Diviseq
Solgt fra 2001-2003



Nr. 134
Climen
Solgt fra 1999



Nr. 135 Activelle
Solgt fra 1999



Nr. 148
Totelle Sekvens
Solgt fra 2003

TAKK FOR INNSATSEN!

KONFIDENSIELT**KVINNER OG KREFT**

Hvis du samtykker i å være med, sett kryss for JA i ruten ved siden av.

Dersom du ikke ønsker å delta kan du unngå puring ved å sette kryss for NEI og returnere skjemaet i vedlagte svarkonvolutt.

Vi ber deg fylle ut spørreskjemaet så nøye som mulig.

Skjemaet skal leses optisk. Vennligst bruk blå eller sort penn. Du kan ikke bruke komma, forhøy 0,5 til 1. Bruk blokkbokstaver.

Med vennlig hilsen
Eiliv Lund

Jeg samtykker i å delta i JA
spørreskjemaundersøkelsen NEI

Overgangsalder

Har du regelmessig menstruasjon fremdeles?

- Ja
 Har uregelmessig menstruasjon
 Vet ikke (menstruasjon uteblitt pga. sykdom o.l.)
 Vet ikke (bruker hormonpreparat med østrogen)
 Nei

+

Hvis Nei;

- har den stoppet av seg selv?
 har du operert vekk eggstokkene?
 har du operert vekk livmoren?
 annet?

Alder da menstruasjonen opphørte

Graviditeter, fødsler og amming

Har du noen gang vært gravid? Ja Nei

Hvis Ja; hvor mange barn har du født i alt

Hvor gammel var du ved siste fødsel?

+

P-pillebruk

Har du brukt p-piller eller minipiller? Ja Nei

Hvis ja, hvor mange år har du brukt p-piller i alt?

Bruker du p-piller nå? Ja Nei

Bruk av hormonpreparater med østrogen i overgangsalderen

Har du noen gang brukt østrogentabletter/plaster? Ja Nei

Hvis Ja; hvor mange år har du brukt østrogentabletter/plaster i alt?

Hvor gammel var du første gang du brukte østrogentabletter/plaster?

Bruker du tabletter/plaster nå? Ja Nei

UTFYLLENDE SPØRSMÅL TIL ALLE SOM HAR BRUKT PREPARATER MED ØSTROGEN I FORM AV TABLETTER ELLER PLASTER FRA 1998 OG FREM TIL I DAG.

Har du svart «ja», ber vi deg utdype dette nærmere ved å svare på spørsmålene nedenfor. For hver periode med sammenhengende bruk av samme hormonpreparat håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme hormonpreparatet og navnet på dette. Dersom du har hatt opphold eller skiftet merke skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på hormonpreparatet, sett «usikker». For å hjelpe deg til å huske navnet på hormonpreparatene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyre som viser bilder av hormonpreparater som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummer på hormontabletten/plasteret som står i brosjyren.

Periode	Alder ved start	Brukt samme hormontablett/plaster/sammenhengende fra 1998		Navn på hormontablett/plaster/ (se brosjyre)
		år	måned	
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

+

Østrogenpreparat til lokal bruk i skjeden

Har du noen gang brukt østrogenkrem/stikkpille? Ja Nei

Hvis Ja; bruker du krem/stikkpille nå? Ja Nei

Hormonspiral

Har du noen gang brukt hormonspiral (Levonova)? Ja Nei

Hvis Ja; hvor mange hele år har du brukt hormonspiral i alt?

Hvor gammel var du første gang du fikk innsatt hormonspiral?

Bruker du hormonspiral nå? Ja Nei

Selvopplevd helse

Oppfatter du din egen helse som; (Sett ett kryss)

Meget god God Dårlig Meget dårlig

Sykdom

Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer?

(sett ett eller flere kryss)

	Ja	Nei	Hvis ja: Alder ved start
Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjertesvikt/hjertekrampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sukkersyke (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresjon (oppøst lege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hypothyreose/lavt stoffskifte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

For følgende tilstander ber vi deg krysse av for hvilket år tilstanden oppsto første gang.

	før 98	98	99	00	01	02	03
Muskelsmerter (myalgi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/Fibrositt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk tretthetssyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggsmerter ukjent årsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakkeslengskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (b.skjørhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brudd							
Underarmen (håndledd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lårhalsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggvirvel (kompresjon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andre legemidler

Bruker du noen av disse legemidlene daglig nå?

Fontex, Fluoxetin Ja Nei

Cipramil, Citalopram, Desital Ja Nei

Seroxat, Paroxetin Ja Nei

Zoloft Ja Nei

Fevarin Ja Nei

Cipralext Ja Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt dette legemidlet sammenhengende? Måneder År

Har du benyttet noen av disse legemidlene tidligere? Ja Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du benyttet disse legemidlene i alt? År

Høyde og vekt

Hvor høy er du?(i hele cm)

Hvor mye veier du i dag?(i hele kg)

Hvor mye veide du da du var 18 år?(i hele kg)

Kroppstype i 1. klasse. (Sett ett kryss)

Veldig tynn Tynn Normal Tykk Veldig tykk

Røykevaner

Har du i løpet av livet røykt mer enn 100 sigaretter til sammen? Ja Nei

Hvis Ja, ber vi deg fylle ut for de siste fem årene hvor mange sigaretter du i gjennomsnitt røykte pr. dag i denne perioden.

Antall sigaretter pr. dag							
0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25+	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hvor gammel var du da du tok din første sigarett?

Røyker du daglig nå? Ja Nei

Hvis Nei, hvor gammel var du da du sluttet?

Røykte noen av dine foreldre da du var barn? Ja Nei

Hvis Ja, hvor mange sigaretter røykte de til sammen pr. dag? (antall)

Brystkreft i nærmeste familie

Har noen nære slektninger hatt brystkreft?

	Ja	Nei	Vet ikke	Alder ved start
Datter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Søster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Mammografiundersøkelse

Har du vært til undersøkelse av brystene med mammografi Ja Nei

Hvis Ja; hvor gammel var du første gangen? (hele år)

Hvor mange ganger har du vært undersøkt?

-etter invitasjon fra Mammografiprogrammet

-etter henvisning fra lege

-uten henvisning fra lege

Fysisk aktivitet

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært liten til svært mye ved 14 års alder, ved 30 års alder og i dag. Skalaen nedenfor går fra 1-10. Med fysisk aktivitet mener vi både arbeid i hjemmet og i yrkeslivet samt trening og annen fysisk aktivitet som turgåing ol.

Alder	Svært lite										Svært mye									
14 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hvor mange timer pr. dag i gjennomsnitt går eller spaserer du utendørs?

	sjelden/aldri	mindre enn 1/2 time	1/2-1 time	1-2 timer	mer enn 2 timer
Vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange trapper (hele etasjer) går du i gjennomsnitt pr. dag

For hver av følgende aktiviteter du deltar i, ber vi deg oppgi hvor mange minutter pr. dag du bruker i gjennomsnitt til hver av aktivitetene.

Aktivitet	Minutter:			
	Vinter	Vår	Sommer	Høst
Se på TV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lesing	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Håndarbeid	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hagearbeid	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dusj/bad/egenpleie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trening/jogging	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykling	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hvor mange hele timer pr. dag bruker du på arbeidsplassen i gjennomsnitt til å

	Timer:
Sitte.....	<input type="text"/>
Stå.....	<input type="text"/>
Gå.....	<input type="text"/>
Løfte.....	<input type="text"/>
Tunge løft/pleie.....	<input type="text"/>

Kosthold

Påvirker noen av følgende forhold kostholdet ditt? (sett gjerne flere kryss)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Er vegetarianer/veganer | <input type="checkbox"/> Har bulimi |
| <input type="checkbox"/> Spiser ikke norsk kost til daglig | <input type="checkbox"/> Prøver å gå ned i vekt |
| <input type="checkbox"/> Har allergi/intoleranse | <input type="checkbox"/> Lav glykemisk mat |
| <input type="checkbox"/> Kronisk sykdom | |
| <input type="checkbox"/> Har anoreksi | |

Vi er interessert i å få kjennskap til hvordan kostholdet ditt er vanligvis. Kryss av for hvert spørsmål om hvor ofte du i gjennomsnitt siste året har brukt den aktuelle matvaren, og hvor mye du pleier å spise/drikke hver gang.

Drikke

Hvor mange glass melk drikker du vanligvis av hver type? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr.dag
Helmelk (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra lettmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet (søt, sur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du vanligvis av hver sort? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6-7 pr. dag	8+ pr. dag
Kokekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktekaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulverkaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svart te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønn te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bruker du følgende i kaffe eller te:

	Kaffe		Te	
Sukker (ikke kunstig søtstoff)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Melk eller fløte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Hvor mange glass vann drikker du vanligvis?

(Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6-7 pr. dag	8+ pr. dag
Springvann/flaskevann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange glass appelsinjuice, saft og brus drikker du vanligvis? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Appelsinjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft/brus med sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft/brus sukkerfri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yoghurt/kornblanding

Hvor ofte spiser du yoghurt (1 beger)? (Sett ett kryss)

<input type="checkbox"/> Aldri/sjelden	<input type="checkbox"/> 1 pr. uke
<input type="checkbox"/> 2-3 pr. uke	<input type="checkbox"/> 4+ pr. uke

Hvor ofte spiser du kornblanding, havregryn eller müsli? (Sett ett kryss)

<input type="checkbox"/> Aldri/sjelden	<input type="checkbox"/> 1-3 pr. uke
<input type="checkbox"/> 4-6 pr. uke	<input type="checkbox"/> 1 pr. dag

Brødmat

Hvor mange skiver brød/rundstykker og knekkebrød/skonrokker spiser du vanligvis?

(1/2 rundstykke = 1 brødskeive) (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1-4 pr. uke	5-7 pr. uke	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6+ pr. dag
Grovt brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneipp/halvfint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød/baguett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knekkebrød o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I neste spalte er det spørsmål om bruk av ulike påleggstyper. Vi spør om hvor mange brødskeiver med det aktuelle pålegget du pleier å spise. Dersom du også bruker matvarene i andre sammenhenger enn til brød (f. eks. til vafler, frokostblandinger, grøt), ber vi om at du tar med dette når du besvarer spørsmålene.

På hvor mange brødskeiver bruker du? (Sett ett kryss pr. linje)

	Aldri/sjelden	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Syltetøy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brunost, helfet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brunost, halvfet/mager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitost, helfet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitost, halvfet/mager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøttpålegg, Leverpostei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rekesalat, italiensk o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

På hvor mange brødskeiver pr. uke har du i gjennomsnitt siste året spist? (Sett ett kryss pr. linje)

	Aldri/sjelden	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7-9 pr. uke	10+ pr. uke
Makrell i tomat, røkt makrell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaviar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sild/Ansjos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laks (gravet/røkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet fiskepålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva slags fett bruker du vanligvis på brødet?

(Sett gjerne flere kryss)

- Bruker ikke fett på brødet
- Smør
- Hard margarin (f. eks. Per, Melange)
- Myk margarin (f. eks. Soft, Vita, Solsikke)
- Smørblandet margarin (f.eks. Bremyk)
- Brelett
- Lettmargarin (f. eks. Soft light, Letta, Vita Lett)
- Middels lett margarin (f. eks. Olivero, Omega)

Dersom du bruker fett på brødet, hvor tykt lag pleier du å smøre på? (En kuvertpakke med margarin veier 12 gram).

(Sett ett kryss)

- Skrapet (3 g)
- Tynt lag (5 g)
- Godt dekket (8 g)
- Tykt lag (12 g)

Frukt og grønnsaker

Hvor ofte spiser du frukt? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1-3 pr.mnd.	1 pr. uke	2-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2+ pr. dag
Epler/pærer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appelsiner o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bananer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du ulike typer grønnsaker?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr.mnd.	1 pr.uke	2 pr.uke	3 pr.uke	4-5 pr.uke	6-7 pr. uke
Gulrøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kålrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brokkoli/blomkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blandet salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsak- blanding (frossen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For de grønnsakene du spiser, kryss av for hvor mye du spiser hver gang. (Sett ett kryss for hver sort)

Gulrøtter	<input type="checkbox"/>	1/2 stk	<input type="checkbox"/>	1 stk	<input type="checkbox"/>	1 1/2 stk	<input type="checkbox"/>	2+ stk.
Kål	<input type="checkbox"/>	1/2 dl	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	1 1/2 dl	<input type="checkbox"/>	2+ dl
Kålrot	<input type="checkbox"/>	1/2 dl	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	1 1/2 dl	<input type="checkbox"/>	2+ dl
Brokkoli/ blomkål	<input type="checkbox"/>	1-2 buketter	<input type="checkbox"/>	3-4 buketter	<input type="checkbox"/>	5+ buketter		
Blandet salat	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	2 dl	<input type="checkbox"/>	3 dl	<input type="checkbox"/>	4+ dl
Tomat	<input type="checkbox"/>	1/4 stk	<input type="checkbox"/>	1/2 stk	<input type="checkbox"/>	1stk	<input type="checkbox"/>	2+ stk
Grønnsak- blanding	<input type="checkbox"/>	1/2 dl	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	2 dl	<input type="checkbox"/>	3+ dl

Hvor mange poteter spiser du vanligvis (kokte, stekte, mos)? (Sett ett kryss)

<input type="checkbox"/>	Spiser ikke/spiser sjelden poteter	<input type="checkbox"/>	1-4 pr. uke
<input type="checkbox"/>	5-6 pr. uke	<input type="checkbox"/>	1 pr. dag
<input type="checkbox"/>	3 pr. dag	<input type="checkbox"/>	2 pr. dag
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	4+ pr. dag

Ris, spaghetti, grøt, suppe

Hvor ofte bruker du ris og spaghetti/makaroni?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2 pr. uke	3+ pr.uke
Ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spagetti, makaroni, nudler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du grøt? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-6 pr. uke	1+ pr. dag
Risengrynsgrøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen grøt (havre o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du suppe?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2 pr. uke	3+ pr.uke
Som hovedrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som forrett, lunsj eller kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fisk

Vi vil gjerne vite hvor ofte du pleier å spise fisk, og ber deg fylle ut spørsmålene om fiskeforbruk så godt du kan. Tilgangen på fisk kan variere gjennom året. Vær vennlig å markere i hvilke årstider du spiser de ulike fiskeslagene.

	aldri/ sjelden	like mye hele året	vinter	vår	sommer	høst
Torsk, sei, hyse, lyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steinbit, flyndre, uer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laks, ørret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makrell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Med tanke på de periodene av året der du spiser fisk, hvor ofte pleier du å spise følgende til middag?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2+ pr. uke
Kokt torsk, sei, hyse, lyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stekt torsk, sei, hyse, lyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steinbit, flyndre, uer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laks, ørret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makrell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du spiser fisk, hvor mye spiser du vanligvis pr. gang? (1 skive/stykke = 150 gram)

Kokt fisk (skive)	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1,5	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3+
Stekt fisk (stykke)	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	1,5	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3+

Hvor mange ganger pr. år spiser du fiskeinnmat?

(Sett ett kryss pr. linje)

	0	1-3	4-6	7-9	10+
Rogn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskelever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du spiser fiskelever, hvor mange spise-skjeer pleier du å spise hver gang? (Sett ett kryss)

<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3-4	<input type="checkbox"/>	5-6	<input type="checkbox"/>	7+
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	-----	--------------------------	-----	--------------------------	----

Hvor ofte bruker du følgende typer fiskemat?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2+ pr. uke
Fiskekaker/pudding/boller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plukkfisk/fiskegrateng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frityrfisk/fiskepinner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor stor mengde pleier du vanligvis å spise av de ulike rettene? (Sett ett kryss for hver linje)

- Fiskekaker/pudding/boller (stk.) 1 2 3 4+
- (2 fiskeboller=1 fiskekake)
- Plukkfisk, fiskegrateng (dl) 1-2 3-4 5+
- Frityrfisk, fiskepinner (stk.) 1-2 3-4 5-6 7+

I tillegg til informasjon om fiskeforbruk er det viktig å få kartlagt hvilket tilbehør som blir servert til fisk. Hvor ofte bruker du følgende til fisk?

- | | aldri/sjelden | 1 pr. mnd. | 2-3 pr. mnd. | 1 pr. uke | 2+ pr. uke |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Smeltet/fast smør | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Smeltet/fast margarin/fett | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seterrømme (35%) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lettrømme (20%) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saus med fett (hvit/brun) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saus uten fett (hvit/brun) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

For de ulike typene tilbehør du bruker til fisk, vær vennlig å kryss av for hvor mye du vanligvis pleier å spise.

- Smeltet/ fast smør (ss) 1/2 1 2 3 4+
- Smeltet/ fast margarin (ss) 1/2 1 2 3 4+
- Seterrømme (ss) 1/2 1 2 3 4+
- Lettrømme (ss) 1/2 1 2 3 4+
- Saus med fett (dl) 1/4 1/2 3/4 1 2+
- Saus uten fett (dl) 1/4 1/2 3/4 1 2+

Hvor ofte spiser du skalldyr (f. eks. reker, krabbe og skjell)? (Sett ett kryss)

- Aldri/sjelden 1 pr. mnd 2-3 pr. mnd 1+ pr. uke

Kjøtt

Hvor ofte spiser du reinkjøtt?

- Aldri/sjelden 1 pr. mnd. 2-3 pr. mnd. 1 pr. uke
- 2-3 pr. uke 4+ pr. uke

Hvor ofte spiser du følgende kjøtt- og fjærkreretter?

- | (Sett ett kryss for hver rett) | aldri/sjelden | 1 pr.mnd. | 2-3 pr.mnd. | 1 pr.uke | 2+ pr.uke |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Steik (okse, svin, får) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Koteletter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Biff | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kjøttkaker, karbonader | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pølser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gryterett, lapskaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pizza med kjøtt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kylling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bacon, flesk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andre kjøttretter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Dersom du spiser følgende retter, oppgi mengden du vanligvis spiser: (Sett ett kryss for hver linje)

- Steik (skiver) 1 2 3 4 5+
- Koteletter (stk.) 1/2 1 1,5 2+
- Kjøttkaker, karbonader (stk.) 1 2 3 4+
- Pølser (stk. à 150g) 1/2 1 1,5 2+
- Gryterett, lapskaus (dl) 1-2 3 4 5+
- Pizza m/kjøtt (stykke à 100 g) 1 2 3 4+

Hvilke sauser bruker du til kjøttretter og pastaretter?

- (Sett ett kryss pr. linje)
- | | aldri/sjelden | 1 pr. mnd. | 2-3 pr. mnd. | 1 pr. uke | 2+ pr. uke |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Brun saus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sjysaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tomatsaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Saus med fløte/rømme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvor mye bruker du vanligvis av disse sausene?

- Brun saus (dl) 1/4 1/2 3/4 1 2+
- Sjysaus (dl) 1/4 1/2 3/4 1 2+
- Tomatsaus (dl) 1/4 1/2 3/4 1 2+
- Saus med fløte/rømme (dl) 1/4 1/2 3/4 1 2+

Andre matvarer

Hvor mange egg spiser du vanligvis i løpet av en uke?(stekte, kokte, eggerøre, omelett) (Sett ett kryss)

- 0 1 2 3-4
- 5-6 7+

Hvor ofte spiser du iskrem? (til dessert, Krone-is osv.)

Sett ett kryss for hvor ofte du spiser iskrem om sommeren, og ett kryss for resten av året

- | | aldri/sjelden | 1 pr. mnd. | 2-3 pr. mnd. | 1 pr. uke | 2+ pr.uke |
|----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Om sommeren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Resten av året | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvor mye is spiser du vanligvis pr. gang? (Sett ett kryss)

- 1dl 2 dl 3 dl 4+ dl

Hvor ofte spiser du bakevarer som boller, kaker, wienerbrød eller småkaker (Sett ett kryss pr. linje)

- | | aldri/sjelden | 1-3 pr. mnd. | 1 pr. uke | 2-3 pr. uke | 4-6 pr. uke | 1+ pr.dag |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gjærbakst (boller o.l.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wienerbrød, kringle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pannekaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vafler | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Småkaker, kjeks | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lefser, lomper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvor ofte spiser du dessert? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4+ pr. uke
Puttering sjokolade/karamell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riskrem, fromasj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompott, fruktgrøt, hermetisk frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jordbær (friske, frosne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre bær (friske, frosne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du sjokolade? (Sett ett kryss)

	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1+ pr. dag
Mørk sjokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lys sjokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du spiser sjokolade, hvor mye pleier du vanligvis å spise hver gang? Tenk deg størrelsen på en

Kvikk-Lunsj sjokolade, og oppgi hvor mye du spiser i forhold til den.

1/4 1/2 3/4 1 1,5 2+

Hvor ofte spiser du snacks? (Sett ett kryss)

	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1+ pr. dag
Potetchips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peanøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen snacks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tran og fiskeoljekapsler

Bruker du tran (flytende)? Ja Nei

Hvis ja; hvor ofte tar du tran?

Sett ett kryss for hver linje.

	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-6 pr. uke	daglig
Om vinteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resten av året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mye tran pleier du å ta hver gang?

1 ts. 1/2 ss. 1+ ss.

Bruker du tranpiller/fiskeoljekapsler? Ja Nei

Hvis ja; hvor ofte tar du tranpiller/fiskeoljekapsler?

Sett ett kryss for hver linje.

	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-6 pr. uke	daglig
Om vinteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resten av året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilken type tranpiller/fiskeoljekapsler bruker du vanligvis, og hvor mange pleier du å ta hver gang?

Navn _____

Antall

Kosttilskudd

Bruker du kosttilskudd? Ja Nei

Hvis ja, hvor ofte bruker du kosttilskudd?

(Sett ett kryss pr. linje)

Navn på kosttilskudd	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-6 pr. uke	daglig
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bruker du soyapreparater mot plager i overgangsalderen? Ja Nei

Varm mat

Hvor mange ganger i løpet av en måned spiser du varm mat?

Til frokost Til middag

Til lunsj Til kvelds

Kosthold som barn

Hvor mye melk drakk du som barn hver dag? (sett ett kryss)

drakk ikke melk 1-3 glass 4-6 glass 7 glass eller mer

Hvor ofte spiste du grønnsaker til middag som barn?

(sett ett kryss)

aldri 1 gang i uken eller mer sjelden

2-3 ganger i uken 4 eller flere ganger pr. uke

Hvor ofte spiste du fisk til middag som barn? (sett ett kryss)

aldri 1 gang i uken eller mer sjelden

2-3 ganger i uken 4 eller flere ganger pr. uke

Alkohol

Er du totalavholdskvinne? Ja Nei

Hvis Nei; hvor ofte og hvor mye drakk du i gjennomsnitt siste året? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2+ pr. dag
Øl (1/2 l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin (glass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennevin (drink)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likør/Hetvin (glass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sosiale forhold

Er du idag: (Sett ett kryss)

gift samboer ugift skilt enke

Hvor mange personer er det i ditt hushold?

Hvor høy er bruttoinntekten i husholdet pr. år?

inntil 150.000 kr. 151.000-300.000 kr.
 301.000-450.000 kr. 451.000-600.000 kr.
 601.000-750.000 kr. over 750.000 kr.

Hva er din arbeidssituasjon? (sett ett eller flere kryss)

Arbeider heltid Arbeider deltid Pensjonist
 Hjemmearbeidende Under utdanning Uføretrygdet
 Under attføring Arbeidssøkende

Arbeider du utendørs i yrkessammenheng? Ja Nei

Hvis Ja; hvor mange timer pr. uke? Sommer Vinter

Solvaner

Får du fregner når du soler deg? Ja Nei

For å kunne studere effekten av soling på risiko for hudkreft, ber vi deg gi opplysninger om hudfarge. Sett ett kryss på det tallet under fargen som best passer din naturlige hudfarge (uten soling).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hvor mange ganger pr. år er du blitt forbrent av solen slik at du har fått svie eller blemmer med avflassing etterpå? (ett kryss for hver aldersgruppe)

Alder	Aldri	Høyst 1 gang pr. år	2-3 g. pr. år	4-5 g. pr. år	6 eller flere ganger pr. år
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 + år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange uker i gjennomsnitt pr. år har du vært på badeferie i syden eller i Norge?

Alder	Aldri	1 uke	2-3 uker	4-5 uker	7 uker eller mer
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 + år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siste 12 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du solt deg i solarium?

Alder	Aldri	Sjelden	1 gang pr. mnd.	2 ganger pr. mnd.	3-4 ganger pr. mnd.	oftere enn 1 gang pr. uke
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50+ år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siste 12 mnd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte dusjer eller bader du?

	mer enn 1 g. dagl.	1 g. dagl.	4-6 g. pr. uke	2-3 g. pr. uke	1 g. pr. uke	2-3 g. pr. mnd.	sjelden/ aldri
Med såpe/shampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uten såpe/shampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Når bruker du krem med solfaktor? (sett evt. flere kryss):

i påsken i Norge eller utenfor syden
 solferie i syden aldri

Hvilken solfaktor bruker du i disse periodene?

	Ingen	1-4	5-9	10-14	15+
Påsken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Norge eller utenfor syden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solferie i syden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange uregelmessige føflekker større enn 5 mm har du sammenlagt på begge beina (fra tærne til lysken)? Tre eksempler på føflekker større enn 5 mm med uregelmessig form er vist nedenfor.

0 1 2-3 4-6 7-12 13-24 25+



5 mm

Hvor ofte bruker du følgende hudpleiemidler?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1-3 pr.mnd.	1 pr.uke	2-4 pr.uke	5-6 pr.uke	1 pr.dag	2+ pr. dag
Ansiktskrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndkrem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Body lotion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parfyme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Til slutt vil vi spørre deg om ditt samtykke til å kontakte deg på nytt pr. post. Vi vil hente adressen fra det sentrale personregister.

Ja Nei

Er du villig til å avgi en blodprøve?

Ja Nei

Takk for at du ville delta i undersøkelsen



KVINNER OG KREFT

Du sendte i 2004 et utfylt spørreskjema til Institutt for samfunnsmedisin som del av den landsdekkende undersøkelsen "Kvinner og kreft". I følgeskrivet til spørreskjemaet informerte vi om at en del kvinner senere ville bli forespurt om de var villig til å avgi blodprøve. Du svarte ja til å sende en ny blodprøve i tillegg til den du allerede har gitt oss. Den nye prøven vil være spesielt egnet til å studere endringer i blodet over tid. Blodprøvene vil bli aidentifisert ved ankomst Institutt for samfunnsmedisin.

Formålet med blodprøven vil være:

- Måle nivå av vitaminer, mineraler og andre stoffer i blodet som kan settes i forbindelse med kostholdet.
- I fremtiden kunne studere de såkalte genetiske markører dvs. egenskaper i arvestoffet som kan disponere for kreft.
- Teste nye ideer eller hypoteser som oppstår i fremtiden.

Det er frivillig om du vil delta. Du kan trekke deg uten begrunnelse, og du kan be om at opplysninger du har gitt blir slettet, uten at dette vil få konsekvenser for deg. Blodprøven vil kun bli benyttet til forskning og ingen resultater vil bli utlevert til deg eller noen andre. Blodprøven vil bli lagret i 30 år.

Ansvarlig for undersøkelsen er professor Eiliv Lund. Undersøkelsen er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD), og Datatilsynet har gitt konsesjon for oppbevaring av opplysninger.

Fremtidige forskningsprosjekter som vil benytte de lagrete blodprøvene vil forelegges Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Nord-Norge (REK NORD).

Du kan finne mer informasjon om "Kvinner og kreft" og om forskningsresultatene på våre nettsider: www.ism.uit.no/kk/

Med vennlig hilsen

Eiliv Lund
professor dr.med.

Bente A. Augdal
prosjektmedarbeider



Ønsker du ikke å delta og vil slippe påminning pr. brev ber vi deg fylle ut svar-slippen og returnere denne sammen med utstyret tilbake til oss (forseglet utstyr må ikke åpnes).

Jeg ønsker **ikke** å delta i blodprøvetakingen.

Underskrift

INFORMASJON TIL DEG SOM ØNSKER Å DELTA

Hvis du ønsker å delta, må du ta kontakt med ditt legekantor, bedriftshelsetjeneste eller annen kyndig person og avtale tid for blodprøvetaking. **Det er viktig for prøvens holdbarhet at den tas mandag, tirsdag eller onsdag, slik at den kan nå oss via post innen fredag.**

Vedlagt utstyr og informasjon om prøvetakingen leveres til den som tar prøven.

Spørreskjema fylles ut prøvetakingsdagen og returneres til oss sammen med blodglassene. **Du vil ikke bli belastet med noen utgifter i forbindelse med prøvetakingen.**

Utstyr:

- To prøveglass (1 stk rød kork, 1 stk blå kork)
- Nål til prøvetaking (kun et stikk i armen)
- Ett spørreskjema (til utfylling prøvedagen)
- Returkonvolutt for prøvene og spørreskjema

TIL PRØVETAKEREN

Vi ber om hjelp med prøvetaking av 2 blodglass, som skal benyttes til forskning i den nasjonale studien av brystkreft "Kvinner og kreft".

Deltakeren har mottatt det utstyr og de glass du behøver for å kunne hjelpe oss til å utføre denne delen av studien.

- Glassene merkes med ID-nr. til deltakeren.
- Fyll først det **røde** og deretter det **blå** prøveglasset med vanlig venepunksjon. Vær tålmodig, det røde glasset fylles sakte. Vend rørene forsiktig 8 – 10 ganger.
- Blodprøvene skal ikke sentrifugeres.
- Glassene legges i transporthylstrene og pakkes i returkonvolutten sammen med spørreskjemaet som deltakeren har fylt ut, konvolutten sendes oss snarest mulig.

Deltakeren skal ikke belastes med noen utgifter i forbindelse med blodprøvetakingen. Betaling tilsvarende takst 701a (se baksiden) refunderes ved at det fylles ut en giro med kontonummer, og at denne sendes sammen med glassene tilbake til oss.

Takk for hjelpen!

Ønsker du mer informasjon kan du kontakte Bente A. Augdal telefon 77 64 66 38 eller Merethe Kumle telefon 77 64 48 84.

Prosjektet støttes av Norges forskningsråd.



Professor Eiliv Lund
Det medisinske fakultet
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
9037 Tromsø

AM/3594/98/560.0

Oslo, 1.6.2003

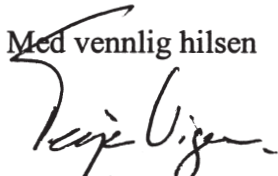
Taking og sending av blodprøver i forb.m. undersøkelsen "Kvinner og kreft"

Vi viser til henvendelsen fra Det medisinske fakultet.

Legeforeningen anser at alle leger bør være positive til å delta i undersøkelsen "Kvinner og kreft" som jo kan få stor helsemessig og faglig betydning.

Vi vil også oppfordre til at leger aksepterer en betaling svarende til takst 701a for taking og innsending av blodprøvene, og håper selvsagt dermed at undersøkelsen får den nødvendige oppslutning. Legeforeningen forutsetter at kvinnen er klar over at hun skal informere om hva ærendet gjelder ved første henvendelse til legen.

Med vennlig hilsen


Terje Vigen
fung. generalsekretær


Øyvind Sæbø
forhandlingssjef

Vennligst oppgi vår ref. ved henvendelse

Postadresse
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Besøksadresse
Legenes hus, Akersgata 2, Oslo

Telefon
23 10 90 00
Telefaks
23 10 90 10

Postgiro
0805 5114707
Bankgiro
5005 05 48802

Organisasjonsnr.
NO 960 474 341 MVA
E-post
legeforeningen@legeforeningen.no

KVINNER OG KREFT

Følgende opplysninger fylles ut i forbindelse med blodprøvetaking.

DETTE SKJEMA **MÅ** FØLGE BLODPRØVEN!

Skjemaet skal leses optisk. Vennligst bruk blå eller sort penn. Du kan ikke bruke komma, bruk blokkbokstaver.

ID-nr:

LAB-kobling.

Jeg har lest informasjonen om blodprøveundersøkelsen

og samtykker i å delta i denne:

Ja:

PRØVETAKINGSDAGEN

Fyll inn tidspunkt når blodprøven er tatt: Dato: dag mnd

Klokkeslett:

+

Når spiste du siste måltid før blodprøven ble tatt: Dato: dag mnd

Klokkeslett:

STILLING NÅR BLODPRØVEN BLE TATT

Sittende

Liggende

RØYKEVANER SISTE UKEN

Har du røkt i løpet av siste uke?

+

Ja

Nei

Hvis ja: Hvor mange sigaretter røkte du?

Antall i går:

Antall i dag:

MENSTRUASJONSFORHOLD

Har du menstruasjon?

Ja

Nei

Uregelmessig

Er gravid

Hvis ja: Angi dato for første dag i siste menstruasjon: dag mnd

+

VEKT OG HØYDE

Hvor mye veier du i dag? kg

Hvor høy er du? cm

Er disse målene tatt på legekontoret i dag?

+

Ja

Nei

MEDISINER I LØPET AV SISTE UKE

Har du brukt P-piller i løpet av siste uke?

Ja

Nei

Hvis ja:

Angi dato for siste tablett

	dag			mond		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Preparatnavn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Har du i løpet av siste uke brukt hormontabletter/-plaster (østrogen, gestagen) for overgangsalderen?

Ja

Nei

Hvis ja:

Angi dato for siste tablett

	dag			mond		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Preparatnavn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Preparatnavn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Har du brukt andre medisiner i løpet av siste uke?

Ja

Nei

Hvis ja:

Angi dato for siste tablett

	dag			mond		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Preparatnavn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

dag

mond

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Preparat navn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

dag

mond

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Preparat navn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

BRUK AV KOSTTILSKUDD I LØPET AV SISTE UKE

Har du brukt tran (flytende) i løpet av siste uke?



Ja

Nei

Hvis ja:

Angi dato du sist tok tran

	dag			mond		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hvor mye tran tok du da?

1 ts

1/2 ss

1+ ss

Har du brukt trankapsler/Omega-3/fiskeolje i løpet av siste uke?

Ja

Nei

Hvis ja:

Angi dato du sist tok trankapsel/Omega-3/fiskeolje

	dag			mond		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hvor mange tok du da?

1

2

3+



Navn på preparatet du tok sist:

.....

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Har du brukt soya i løpet av siste uke?

Ja

Nei

Preparatnavn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Preparatnavn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Har du brukt andre kosttilskudd (vitaminer/mineraler) i løpet av siste uke?

Ja

Nei

Hvis ja:

Angi dato for siste tablett

	dag			mond		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Preparatnavn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Preparatnavn:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Takk for hjelpen!