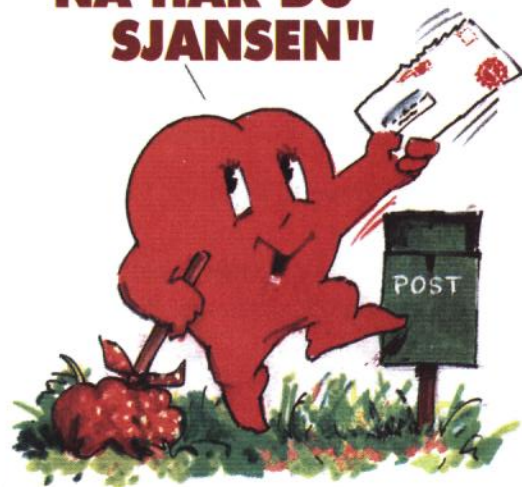


# Innbydelse til HELSEUNDERSØKELSEN

"NÅ HAR DU  
SJANSEN"



Fødselsdato Personnr.

Kommune

Kretsnr.

## Velkommen til helseundersøkelsen i Tromsø!

Helseundersøkelsen kommer nå til Tromsø. Tid og sted for frammøte finner du nedenfor. Du finner også en orientering om undersøkelsen i den vedlagte brosjyren.

*Vi ber deg fylle ut spørreskjemaet på baksiden og ta det med til undersøkelsen.*

Undersøkelsen blir mest verdifull om frammøtet blir så fullstendig som mulig. Vi håper derfor at du har

mulighet til å komme. Møt selv om du kjenner deg frisk, om du er under legebehandling, eller om du har fått målt kolesterol og blodtrykk i den senere tid.

Vennlig hilsen  
**Kommunehelsetjenesten**  
**Fagområdet medisin, Universitetet i Tromsø**  
**Statens helseundersøkelser**

"GRIP SJANSEN—  
MØT FRAM!"



## EGEN HELSE

Hvordan er helsen din nå? *Sett bare ett kryss.*

- Dårlig ..... 12  1  
 Ikke helt god .....  2  
 God .....  3  
 Svært god .....  4

Har du, eller har du hatt:

	JA	NEI	Alder første gang
Hjerteinfarkt ..... 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år
Angina pectoris (hjertekrampe) ..... 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år
Hjerneslag/hjerneblødning ..... 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år
Astma ..... 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år
Diabetes (sukkersyke) ..... 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	år

Bruker du medisin mot høyt blodtrykk?

- Nå ..... 28  1  
 Før, men ikke nå .....  2  
 Aldri brukt .....  3

Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende? 29

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du de siste to ukene følt deg:

	Nei	Litt	En god del	Svært mye
Nervøs og urolig? .... 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plaget av angst? ..... 31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygg og rolig? ..... 32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritabel? ..... 33	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glad og optimistisk? 34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfor/deprimert? .... 35	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensom? ..... 36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

## RØYKING

Røykte noen av de voksne hjemme da du vokste opp? ..... 37

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bor du, eller har du bodd, sammen med noen dagligrykere etter at du fylte 20 år? ..... 38

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis "JA", hvor mange år tilsammen? ... 39

Antall år
-----------

Hvor lenge er du vanligvis daglig tilstede i røykfyllt rom? ..... 41

Antall timer
--------------

Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfyllt rom.

Røyker du selv:

- Sigaretter daglig? ..... 43  JA  NEI  
 Sigarer/sigarillos daglig? ..... 44  JA  NEI  
 Pipe daglig? ..... 45  JA  NEI

Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet? ..... 46

Antall år
-----------

Hvis du røyker daglig nå eller har røykt tidligere:

Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig? ..... 48

Antall sigaretter
-------------------

Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? ..... 52

Alder	år
-------	----

Hvor mange år tilsammen har du røykt daglig? ..... 54

Antall år
-----------

## MOSJON

Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året? Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.

Arbeidsvei regnes som fritid.

	Timer pr. uke			
	Ingen	Under 1	1-2	3 og mer
Lett aktivitet (ikke svett/andpusten) ..... 56	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) ..... 57	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

## KAFFE

Hvor mange kopper kaffe drikker du daglig?

Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe daglig.

- Kokekaffe ..... 58  Antall kopper  
 Annen kaffe ..... 60  Antall kopper

## ALKOHOL

Er du total avholdsmann/-kvinne? ..... 62

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol? Regn ikke med lettøl.

Sett 0 hvis mindre enn 1 gang i mnd. .... 63

Antall ganger
---------------

Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av to uker? 65

- Regn ikke med lettøl.
- |                                |                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Øl                             | Vin                            | Brennevin                      |
| <input type="checkbox"/> glass | <input type="checkbox"/> glass | <input type="checkbox"/> glass |

Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol.

## FETT

Hva slags margarin eller smør bruker du vanligvis på brødet? Sett ett kryss.

- Bruker ikke smør/margarin ..... 71  1  
 Meierismør .....  2  
 Hard margarin .....  3  
 Bløt (soft) margarin .....  4  
 Smør/margarin blanding .....  5  
 Lettmargarin .....  6

## UTDANNING/ARBEID

Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

- Grunnskole, 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole ..... 72  1  
 Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2-årig videregående skole .....  2  
 Artium, øk.gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole .....  3  
 Høgskole/universitet, mindre enn 4 år .....  4  
 Høgskole/universitet, 4 år eller mer .....  5

Hva slags arbeidssituasjon har du nå?

- Lønnet arbeid ..... 73   
 Heltids husarbeid ..... 74   
 Utdanning, militærtjeneste ..... 75   
 Arbeidsledig, permittert ..... 76

Hvor mange timer lønnet arbeid har du i uka? ... 77

Antall timer
--------------

Mottar du nå noen av følgende ytelser?

- Syketrygd (sykmeldt) ..... 79   
 Attføring ..... 80   
 Uførepensjon ..... 81   
 Alderspensjon ..... 82   
 Sosialstøtte ..... 83   
 Arbeidsløshetsstrygd ..... 84

## SYKDOM I FAMILIEN

Har en eller flere av foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? ..... 85

JA	NEI	VET IKKE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>