

## LEVNADSVANOR OCH HÄLSA BLAND KVINNOR

Använd helst en kulspetspenna med svart eller blå färg.

Svara så här:  Sätt ett litet **kryss** i de små rutorna.

Skriv tydliga **siffror** i de stora rutorna.

### VIKT

1. Vilken var Din födelsevikt?

Mindre än 1500 gram	1500- 2499	2500- 3999	4000- 4999	Över 5000	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Föddes Du mer än en månad för tidigt?

Nej  Ja

3. Är Du tvilling?  Nej  Ja

4. Hur såg Din figur ut vid 10 års ålder?

10 år

5. Hur lång var Du när Du var 20 år?  cm

6. Hur många kilo vägde Du när Du var:

20 år	30 år	40 år	50 år
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
60 år	70 år	80 år	Aktuell vikt
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Hur mycket mäter Du kring midja och höft (stuss)?

Midja  cm Höft  cm

8. Har Du någon gång i Ditt liv gått ned i vikt 5 kg eller mer på mindre än 1 år? *Om ja, varför?*

Nej, aldrig  Ja, efter graviditet

Ja, pga bantning  ggr, sjukdom  ggr

mer aktiv  ggr, annat  ggr

9. Om Du har bantat, vilka metoder använde Du?

Viktvaktarna  Mindre fett  Fasta

Fibertabletter  Bantningspulver  Mediciner

Annat  t.ex. Nutrillett  t.ex. Obesedyl

### FYSISK AKTIVITET OCH MOTION

10. Markera Din fysiska aktivitet vid olika åldrar:

<b>Hem/hushållsarbete</b>	15 år	30 år	50 år	i år
Mindre än 1 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-8 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 8 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Gång/cykling</b>	15 år	30 år	50 år	i år
Nästan aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre än 20 min/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-40 minuter/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-60 minuter/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-1,5 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 1,5 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Arbete/sysselsättning</b>	15 år	30 år	50 år	i år
Mest stillasittande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitter ca 1/2 tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mest stående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går mest, lyfter, bär <u>lite</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går mest, lyfter, bär <u>mycket</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tungt kroppsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Fritiden

<b>Titta på TV/ läsa</b>	15 år	30 år	50 år	i år
Mindre än 1 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 6 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Motion

Mindre än 1 tim/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 timme/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-3 timmar/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5 timmar/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 5 tim/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hur många timmar per dygn brukar Du ...

Sova  tim/dvan Sitta/ligga  tim/dvan



FRUKT/BÄR	Gånger per månad			... vecka			... dag		
	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+	
Apelsin/citrusfrukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apelsin/grapefruktjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Äpple/päron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Banan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bär (färska eller frysta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sylt/marmelad/mos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fruktkräm/fruktsoppor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KAKOR/GODIS M.M.	Gånger per månad			... vecka			... dag		
	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+	
Kaffebröd (bullar, kakor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kex/rån/skorpor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tårta/konditoribit/"GoBit"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Choklad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Godis (ej choklad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
Chips/popcorn/ostbågar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nötter/mandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salladsdressing	Lätt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Majonnäs	Lätt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crème fraiche	Lätt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Grädde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ketchup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

17. Hur ofta äter Du i genomsnitt stekta maträtter?

	Sällan		
	ggr/månad	"	"
Korv/biff/fläskkotlett <i>stekt i stekpanna</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk stekt i stekpanna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyckling/fileer/gryta <i>stekt i stekpanna</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grill/ugnstekt kyckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sky/sås av sky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hur hårt stekta brukar dessa maträtter vara?

- Lätt stekyta (ljus brun)     Måttlig stekyta (brun)  
 Kraftig stekyta     Mycket kraftigt stekt

19. Hur ofta brukar Du dricka alkohol?

- Jag har aldrig druckit alkohol  
 Jag slutade dricka alkohol när jag var  år

Jag brukar dricka	Gånger per månad			... vecka			... dag		
	Aldrig	0-1	2-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+
Folköl, kl II	<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"/>
Starköl	<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"/>
Vin	<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"/>
Starkvin	<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"/>
Sprit	<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"/>

20. Hur mycket brukar Du dricka vid varje tillfälle?

Öl  cl    Vin  cl    Sprit  cl

1 burk öl=33/50 cl, flaska vin/sprit=75 cl, 1 dl=10 cl

## KOSTTILLSKOTT

21. Äter Du vitamin-, mineral- eller annat tillskott?

- Ja, regelbundet     Ja, ibland     Nej

Om ja, hur mycket och sedan hur länge?

Multivitaminer <i>med mineraler</i>	<input type="text"/>	tabletter i veckan	<input type="text"/>	år
Multivitaminer <i>utan mineraler</i>	<input type="text"/>	"	<input type="text"/>	år
Vitamin C	<input type="text"/>	"	<input type="text"/>	år
Vitamin E	<input type="text"/>	"	<input type="text"/>	år
Vitamin B <sub>6</sub>	<input type="text"/>	"	<input type="text"/>	år
Kalcium	<input type="text"/>	"	<input type="text"/>	år
Fiskolja	<input type="text"/>	kapsel i veckan	<input type="text"/>	år

22. Vilka av följande preparat brukar Du äta?

- Ginseng     Vit B-komplex     Selen     Folsyra  
 Gerimax     Beta-karoten     Zink     Oxigard  
 Protector     Magnesium     Q10     Remifemin

## KVINNOFRÅGOR

23. Hur gammal var Du när Du fick första mens?

år     Minns ej

24. Hur många barn har Du fött?  barn

Din ålder vid första barnets födelse  år

25. Har Du någon gång behandlats för barnlöshet?

- Ja,  operation,  hormonstimulering,  annat  
 Nej

26. Har Du någon gång använt p-piller, p-spruta eller p-stavar? Hur länge? Räkna inte sk. minipiller

Ja, från  års ålder, totalt i  år

Nej, jag har aldrig använt p-piller/-spruta/-stavar

27. Har Du fortfarande menstruationsblödningar?

- Ja, "naturliga"     Ja, pga hormonbehandling

Nej, de upphörde när jag var  år

menstruationen upphörde naturligt

pga äggstockarna blev bortopererade

pga att livmodern blev bortopererad

28. Har Du tagit hormoner (östroger) vid övergångsåldern eller senare? Om ja, hur länge?

Ja, för att lindra blodsvällningar, svettningar m.m.

från  års ålder, totalt i  år     Tar nu

Ja, för att avhjälpa torrhet/besvär i underlivet

från  års ålder, totalt i  år     Tar nu

Nej, jag har aldrig haft någon hormonbehandling

## HÄLSA

29. Har Du haft någon av följande sjukdomar?

Ange **vilket år** Du fick första diagnosen

- Godartad knöl i bröstet år 19
- Högt blodtryck år 19
- Högt kolesterol år 19
- Blodpropp (djup) i benet år 19
- Kärlekskramp i hjärtat år
- Hjärtinfarkt år 19
- Slaganfall (stroke) år 19
- Sockersjuka år 19
- Benbrott i handled/kota/lårben år
- Astma år 19
- Grå starr år 19
- Njursten år 19
- Gallsten år 19
- Ledgångsreumatism år 19

30. Har Du regelbundet (minst 1 tabl/vecka) använt några av följande mediciner?

Om ja, hur mycket och från vilket år?

Acetylsalicylsyra (t.ex. Magnecyl, Bamyl, Dispril, Aspirin, Alka-Seltzer, Treo, Albyl, Bamycor, Trombyl)

- Nej  Ja  tabl/vecka från 19

Paracetamol (t.ex. Alvedon, Panodil, Citadon, Curadon, Distalgesic, Lemsip, Panocod, Reliv)

- Nej  Ja  tabl/vecka från 19

Indometacin (t.ex. Indomeé, Confortid, Indometacin)

- Nej  Ja  kapsl/vecka från 19

Sömnmedel/insomningsmedel

- Nej  Ja  tabl/månad från 19

Kortisonpiller  Nej  Ja  kurer

Kortison i inandningsform (t.ex. Pulmicort, Becotide, Flutide)

- Nej,  Ja, tar nu,  Ja, i sammanlagt  år

31. Har någon av Dina föräldrar eller syskon haft:

	Nej	Syskon			Vet ej
		Ja, Mor	Far	antal	
Bröstcancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Tjocktarmscancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Prostatacancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Annan cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt före 60 års ålder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

## ÖVRIGA FRÅGOR

32. Har Du rökt cigaretter regelbundet någon gång?

- Nej, jag har aldrig rökt cigaretter
- Ja, jag började röka när jag var  år
- röker fortfarande  slutade röka för  år

Antal cigaretter per dag vid olika åldrar

15-20 år	21-30 år	31-40 år	41-50 år	51-60 år	i år
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

33. Har Du snusat regelbundet någon gång?

- Nej  Ja

34. Var växte Du upp?

- I storstad/förort  I en mellanstor stad
- I en mindre stad/samhälle  På landsbygden

35. Hur många hel/halvsyskon har Du?

Systrar  Bröder

36. Hur många syskon födde Din mamma före Dig?

Hon födde  barn före

37. Vilka utbildningar/skolor har Du gått?

- Folkskola/Grundskola  Gymnasium
- Realskola  Universitet/högskola
- Yrkeskola/Flickskola  Annan utbildning

38. Bor Du ensam?

- Nej, vi är  personer i hushållet
- Ja, jag bor ensam sedan 19

39. Vilken är Din nuvarande sysselsättning?

- Heltidsarbete  Deltidsarbete  Hemmafru
- Pensionerad  Sjukpensionär  Arbetslös

Det är bra om Du kan gå igenom och kontrollera att frågorna är så fullständigt besvarade som möjligt.

Kan Du tänka Dig att hjälpa forskningen ytterligare genom att lämna ett blodprov för framtida studier av ärftliga skyddsfaktorer?  Ja  Nej

Tillåter Du att forskarna – om Du skulle bli sjuk – studerar celler i vävnadsprover som tas i samband med rutinmässig diagnos eller behandling?  Ja  Nej

Kan vi ringa till Dig om vi skulle behöva fråga om något ytterligare?  Ja  Nej

Ditt telefonnr  -   
Riktnummer

**STORT TACK FÖR DIN MEDVERKAN !**