

FRÅGOR O

Svara med ett kryss på varje rad, om ej annat anges.

1. Är det någon av Dina föräldrar eller syskon eller barn som har eller har haft:

- | | Ja | Nej/Vet ej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Allergiska ögon-/näsbesvär (hösnuva) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Allergiskt eksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Om ja, ange i så fall vem/vilka av dem som har eller har haft:
- | | Förälder | Syskon | Barn |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Allergiska ögon-/näsbesvär (hösnuva) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Allergiskt eksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Har Du nu eller har Du haft någon av följande sjukdomar:
- | | Ja | Nej/Vet ej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Allergiska ögon-/näsbesvär (hösnuva) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Annan lung- eller luftvägssjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Om Ja, vilken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Allergiskt eksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Handeksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, vilket år började handeksemet? <u>År</u> | | |
| Har Du haft handeksem vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Har Du av läkare fått diagnosen astma?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

5. Har du av läkare fått diagnosen kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

6. Har du av läkare fått diagnosen kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL)?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

7. Har Du av läkare fått diagnosen handeksem?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

8. Använder Du mediciner för någon lungsjukdom?
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om JA, kryssa för vilket eller vilka alternativ som gäller: | | |
| a) Vid behov | <input type="checkbox"/> | |
| b) Ständigt (varje dag) | <input type="checkbox"/> | |
| c) Jag använder kortisoninhalation varje dag eller de flesta dagar (Pulmicort, Flutide, Seretide, Becotide) | <input type="checkbox"/> | |

9. Har Du de senaste 12 månaderna haft astmabesvär, dvs periodvisa eller anfallsvisa andningsbesvär eller andfäddhet?
- Besvärerna kan uppträda med eller utan hosta och med eller utan pip i bröstet
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

10. Har Du under de senaste åren besvärats av långvarig hosta?
- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

LUNGORNA

- | | Ja | Nej/Vet ej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 11. Brukar Du hosta upp slem eller har Du slem i bröstet som Du har svårt att få upp? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Har Du hostat upp slem de flesta dagar under perioder som varat minst 3 månader? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Har Du haft sådana perioder minst 2 år i rad de senaste åren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Brukar Du ha pip i bröstet eller väser det i bröstet, då Du andas? ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Brukar Du bli andfådd, få pip i bröstet eller svår hosta: | | |
| a) Vid ansträngning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) I kyla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Vid fuktig / dimmig väderlek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Av cigarett-eller tobaksrök | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) I dimmiga miljöer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Av bilavgaser / stadsmiljö | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Av starka dofter, t ex parfym, kryddoft, rengöringsmedel, trycksvärta etc | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Då det finns pollen i luften (från t ex björk, gräs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Vid pälsdjurskontakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Vid psykisk stress | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Har du de senaste 12 månaderna någon gång vaknat av hosta, andnöd eller trånghetskänsla i bröstet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hur skulle Du vilja karakterisera Din andning?
Kryssa för det alternativ som gäller: | | |
| a) Jag har aldrig eller ytterst sällan andningsbesvär | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Jag får andningsbesvär då och då men blir däremellan helt återställd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Min andning är aldrig helt bra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Är Du rökare?
Som rökare räknas även de som röker enstaka cigaretter eller pipstopp per vecka och de som slutat röka sista året | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om JA
Hur många cigaretter röker Du i genomsnitt per dag? | | |
| a) Mindre än 5 cigaretter per dag | <input type="checkbox"/> | |
| b) 5-14 cigaretter per dag | <input type="checkbox"/> | |
| c) 15 cigaretter per dag eller mer | <input type="checkbox"/> | |
| Om NEJ | | |
| d) Har Du tidigare varit rökare? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Röker någon annan i ditt hem? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Besväras Du ofta av trötthet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Besväras Du ofta av klåda? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

FRÅGOR O

1. Hur ofta har Du besvärande symptom från näsan? Ange ett alternativ.

- a) Jag har aldrig eller ytterst sällan besvär från näsan
- b) Jag har återkommande perioder med besvär från näsan
- c) Jag har ständiga besvär från näsan

Om Du svarat med alternativ a) på Fråga 1, var vänlig gå direkt vidare till Fråga 9 på nästa sida.

2. När Du har besvär från näsan vilka symptom har Du då? Ange ett eller flera alternativ.

- a) Vattnig snuva
- b) Tjock, gulaktig snuva.....
- c) Nästäppa
- d) Nysningar
- e) Klåda
- f) Annat (ange vad:)

3. Hur ofta har Du under respektive årstid besvärande symptom från näsan? Ange under varje årstid ett alternativ.**A. Våren**

- a) Jag har aldrig eller ytterst sällan besvär från näsan
- b) Jag har ofta besvär från näsan
- c) Jag har ständiga besvär från näsan

B. Sommaren

- a) Jag har aldrig eller ytterst sällan besvär från näsan
- b) Jag har ofta besvär från näsan
- c) Jag har ständiga besvär från näsan.....

C. Hösten

- a) Jag har aldrig eller ytterst sällan besvär från näsan
- b) Jag har ofta besvär från näsan
- c) Jag har ständiga besvär från näsan

D. Vintern

- a) Jag har aldrig eller ytterst sällan besvär från näsan
- b) Jag har ofta besvär från näsan
- c) Jag har ständiga besvär från näsan

4. Hur ofta är besvären förenade med symptom från ögonen (klåda, rodnad och/eller rinnande ögon)? Ange ett alternativ.

- a) Ofta
- b) Då och då
- c) Aldrig.....

5. Hur ofta är näsbesvären förenade med symptom från luftrören (hosta, andfäddhet och/eller pip i bröstet)? Ange ett alternativ.

- a) Ofta
- b) Då och då
- c) Aldrig.....

M NÄSAN

Har kontrollen 2 Fiktionsdel

- | | Ja | Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Utlöser eller förvärrar yttre faktorer näsbesvären? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om ja, ange ett eller flera alternativ. | | |
| a) Trädpollen (ex. björkris) | <input type="checkbox"/> | |
| b) Gräspollen (ex.. blommande gräs, blommande sädesfält, hö) | <input type="checkbox"/> | |
| c) Djur (ange vilket/-a: | <input type="checkbox"/> | |
| d) Bostadsdamm | <input type="checkbox"/> | |
| e) Mögel | <input type="checkbox"/> | |
| f) Fuktig och / eller kall luft | <input type="checkbox"/> | |
| g) Torr luft | <input type="checkbox"/> | |
| h) Tobaksrök | <input type="checkbox"/> | |
| i) Starka dofter (ex. parfym) | <input type="checkbox"/> | |
| j) Starkt kryddat mat | <input type="checkbox"/> | |
| k) Rödvin eller annan alkoholhaltig dryck | <input type="checkbox"/> | |
| l) Andra födoämnen (ange vad: | <input type="checkbox"/> | |
| m) Läkemedel (ange vilket/-a: | <input type="checkbox"/> | |
| n) Stress eller obehag | <input type="checkbox"/> | |
| o) Trycksvärta | <input type="checkbox"/> | |
| p) Annat (ange vad: | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Har Du sökt läkare för Dina näsbesvär? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om Ja, vad för besked fick Du av läkaren om orsaken till näsbesvären?
Ange ett eller flera alternativ. | | |
| a) Allergi | <input type="checkbox"/> | |
| b) Förkylning | <input type="checkbox"/> | |
| c) Bihåleinfektion | <input type="checkbox"/> | |
| d) Näspolyper | <input type="checkbox"/> | |
| e) Trånga näsgångar | <input type="checkbox"/> | |
| f) Annan förklaring (ange vad: | <input type="checkbox"/> | |
| g) Ingen förklaring | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Vad är din egen uppfattning om orsaken till näsbesvären?
Ange ett eller flera alternativ. | | |
| a) Allergi | <input type="checkbox"/> | |
| b) Förkylning | <input type="checkbox"/> | |
| c) Bihåleinfektion | <input type="checkbox"/> | |
| d) Annan förklaring (ange vad: | <input type="checkbox"/> | |
| e) Ingen förklaring | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Har Du något husdjur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om JA, ange vilket | | |
| 10. Bor Du nära en starkt trafikerad väg? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Bor du i lägenhet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Bor Du i villa? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ange Din nuvarande sysselsättning | | |
| | | |

Kontrollera att
Du besvarat
frågorna på
samtliga sidor.
Var vänlig och
returnera fråge-
formuläret inom
två veckor.
**Tack för din
medverkan!**

Appendix I
Questionnaire (questions about the lung)

Answer by crossing on the relevant line if no other instructions are given.

1. Have any of your parents, brothers or sisters, or your children had:
 - a) Asthma
 - b) Allergic eye-/nose catarrh (hay-fever)
 - c) Chronic bronchitis or emphysema
 - d) Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
 - e) Allergic eczema

2. If yes, please specify who has or have had:

	Parents	Siblings
Children		
a) Asthma		
b) Allergic eye-/nose catarrh (hay-fever)		
c) Chronic bronchitis or emphysema		
d) Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)		
e) Allergic eczema		

3. Have you now, or have you had, any of the following diseases:
 - a) Asthma
 - b) Allergic eye/nose catarrh (hay-fever)
 - c) Chronic bronchitis or emphysema
 - d) Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)
 - e) Any other lung or airways disease
 - f) If yes, which? _____
 - g) Allergic eczema
 - h) Hand-eczema
 - If yes, which year did the hand-eczema start? Year
 - Have you had hand-eczema during the last 12 months?

4. Have you been diagnosed by a doctor as having asthma?

5. Have you been diagnosed by a doctor as having chronic bronchitis (bronchitis) or emphysema?

6. Have you been diagnosed by a doctor as having COPD?

- 7 Have you been diagnosed by a doctor as having hand-eczema?
- 8 Do you currently use any medicines against any pulmonary disease?
If yes:
a) As needed
b) Permanently
c) I use inhaled steroids every day (Pulmicort Flutide, Seretide, Becotide)
- 9 Have you had asthma symptoms during the last 12 months i.e. intermittent or attacks of breathlessness? The symptoms may exist simultaneously with or without cough or wheezing?
- 10 Have you had long-standing cough during the last years?
- 11 Do you usually have phlegm when coughing, or do you have phlegm on your chest which is difficult to bring up?
If yes:
a) Do you bring up phlegm when coughing on most days during periods of at least three months?
b) Have you had such periods during at least two successive years?
- 12 Have you wheezing, whistling or a noisy sound in your chest when breathing?
- 13 Do you usually have breathlessness, wheeze or severe cough:
a) During exertion
b) in cold weather
c) in misty / foggy weather
d) from cigarette or tobacco smoke
e) in "foggy" places
f) from car exhaust fumes / in towns
g) from strong smelling scents e.g. perfumes, spices, cleaner, printing ink etc.
h) from pollen e.g. birch, grass
i) from furred animals
j) from stress
- 14 Have you during the last 12 months awakened due to cough, breathlessness or "tightness" in your chest?
- 15 How would you characterise your breathing?
Answer with a cross at the relevant line
a) I very seldom have problems with my breathing.
b) Occasionally I have problems when breathing.
c) My breathing is never quite well.

16 Do you smoke? (smokers also include those who smoke a few cigarettes or pipe fills a week, and those who have stopped smoking during the last year)

If yes:

How many cigarettes do you smoke per day?

- a) Less than 5
- b) 5-14
- c) 15 or more

If no:

- d) Have you been a smoker but stopped smoking more than a year ago?
- e) Does anyone else in your family smoke?

17 *Are you bothered by fatigue?*

18 *Are you bothered by itching?*

Appendix II

Questionnaire (questions about the nose)

Answer with a cross at the relevant line if no other instructions are given.

1. How often do you have nasal symptoms? Please tick one alternative.

- a) I never or very seldom have disturbing nasal symptoms
- b) I have recurrent disturbing nasal symptoms
- c) I have permanent disturbing nasal symptoms

If you have answered b or c to the above question please continue to answer the questionnaire

2. When you have nasal symptoms, which symptom or symptoms do you have. Please tick one or more alternatives.

- a) Watery nasal discharge
- b) Thick yellow nasal discharge
- c) A blocked nose
- d) Sneezing
- e) Itching
- f) Any other symptom (please notify which -----)

3. When during the year do you have nasal symptoms and how often during those periods? (Please tick one alternative during each season.)

A Spring

- a) I never or very seldom have disturbing nasal symptoms
- b) I often have disturbing nasal symptoms
- c) I have permanent disturbing nasal symptoms

B Summer

- a) I never or very seldom have disturbing nasal symptoms
- b) I often have disturbing nasal symptoms
- c) I have permanent disturbing nasal symptoms

C Autumn

- a) I never or very seldom have disturbing nasal symptoms
- b) I often have disturbing nasal symptoms
- c) I have permanent disturbing nasal symptoms

D Winter

- a) I never or very seldom have disturbing nasal symptoms
- b) I often have disturbing nasal symptoms
- c) I have permanent disturbing nasal symptoms

4. How often are the nasal symptoms associated with symptoms from the eyes (itching, redness and or increased tear production)? Please tick one alternative.

- a-Often
- b-Sometimes
- c-Never

5. How often are the nasal symptoms associated with symptoms from the lungs (cough, breathlessness and/or wheezing)? Please tick one alternative.

- a-Often
- b-Sometimes
- c-Never

6. Are the nasal symptoms provoked or worsened by environmental factors? If yes tick the appropriate box or boxes below.

- a) Tree-pollen (e.g. birch)
- b) Grass-pollen (e.g. grass)
- c) Animals (please state which
- d) House dust
- e) Mould
- f) Damp and/or cold air
- g) Dry air

Yes No

- h) Tobacco fumes
- i) Strong-smelling scents (e.g. perfumes)
- j) Spicy food
- k) Red wine
- l) Other food (please state which)
- m) Drugs (please state which)
- n) Stress or discomfort
- o) Printers ink
- p) Something else (please state what)

7. Have you seen a doctor due to your nasal symptoms? If yes what diagnosis did you get? (Please tick one or more alternatives).

- a) Allergy
- b) A common cold
- c) Sinusitis
- d) Nasal polyps
- e) Narrow nasal lumen
- f) Another explanation
- g) No explanation

8. What is your own opinion about your nasal symptoms? (Please tick one or more alternatives).

- a) Allergy
- b) A common cold
- c) Sinusitis
- d) Another explanation (please state which)
- e) No explanation

9 Do you have any pets?
If yes please state which

10 Do you live close to a road with heavy traffic?

11 Do you live in an apartment?

12 Do you live in your own house?

13 What is your current work/occupation?

FRÅGOR OM

Her
Hudbesvär
Kudspår

Svara med ett kryss på varje rad, om ej annat anges.

- | | Ja | Nej/vet ej |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Är det någon av <u>Dina föräldrar, syskon eller barn</u> som har eller har haft: | | |
| a) Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Allergiska ögon-/näsbesvär (hösnuva) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Allergiskt eksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. <u>Har Du nu eller har Du haft</u> någon av följande sjukdomar: | | |
| a) Astma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Allergiska ögon-/näsbesvär (hösnuva) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Annan lung- eller luftvägssjukdom | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Om Ja, vilken | | |
| f) Allergiskt eksem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har Du av läkare fått <u>diagnosen astma?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Har Du av läkare fått <u>diagnosen kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. <u>Använder Du astmamediciner?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om JA, kryssa för vilket eller vilka alternativ som gäller: | | |
| a) Vid behov <input type="checkbox"/> | | |
| b) Ständigt (varje dag) <input type="checkbox"/> | | |
| c) Jag använder kortisoninhalation varje dag eller de flesta dagar (Pulmicort eller Becotide) <input type="checkbox"/> | | |
| 6. <u>Har Du de senaste 12 månaderna haft astmabesvär, dvs periodvisa eller anfallsvisa andningsbesvär eller andfåddhet? Besvären kan uppträda med eller utan hosta och med eller utan pip i bröstet</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. <u>Har Du under de senaste åren besvärats av långvarig hosta?</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. <u>Brukar Du</u> hosta upp slem eller har Du slem i bröstet som Du har svårt att få upp? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Om JA | | |
| a) Har Du hostat upp slem de flesta dagar under perioder som varat minst 3 månader?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Har Du haft sådana perioder minst 2 år i rad de senaste åren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. <u>Brukar Du</u> ha pip i bröstet eller väser det i bröstet, då Du andas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LUNGORNA

10. Brukar Du bli andfådd, få pip i bröstet eller svår hosta: Ja Nej/vet ej
- a) Vid ansträngning
- b) I kyla
- c) Vid fuktig/dimmig väderlek
- d) Av cigarett- eller tobaksrök
- e) I dammiga miljöer
- f) Av bilavgaser/stadsmiljö
- g) Av starka dofter, t ex parfym, kryddoft, rengöringsmedel,
trycksvärta etc
- h) Då det finns pollen i luften (från t ex björk, gräs)
- i) Vid pälsdjurskontakt
- j) Vid psykisk stress
11. Har Du de senaste 12 månaderna någon gång vaknat av hosta,
andnöd eller trånghetskänsla i bröstet?
12. Hur skulle Du vilja karakterisera Din andning?
Kryssa för vilket alternativ som gäller:
- a) Jag har aldrig eller ytterst sällan andningsbesvär
- b) Jag får andningsbesvär då och då men blir
däremellan helt återställd
- c) Min andning är aldrig helt bra
13. Är Du rökare? Som rökare räknas även de som röker enstaka
cigaretter eller pipstopp per vecka och de som slutat röka
sista året
- Om JA
Hur många cigaretter röker du i genomsnitt per dag?
- a) Mindre än 5 cigaretter per dag
- b) 5 - 14 cigaretter per dag
- c) 15 cigaretter per dag eller mer
- Om NEJ
- d) Har Du tidigare varit rökare
- e) Röker någon annan i Ditt hem?
14. Bor du nära en starkt trafikerad väg?
15. Ange Din nuvarande sysselsättning.
16. Ange hur många år Du har haft detta arbete.....
17. Om Du haft annat arbete i minst 5 år, ange vilket:.....
18. Hur många år har Du bott i Malmöhus län?

FRÅGOR C

n1abc 0 no
1 yes

1. Hur ofta har Du besvärande symtom från näsan? Ange ett alternativ.

- a) Jag har aldrig eller ytterst sällan besvär från näsan
b) Jag har återkommande perioder med besvär från näsan
c) Jag har ständiga besvär från näsan

Om Du svarat med alternativ B eller C var då vänlig gå vidare till följande frågor (gäller ej de som svarat med alternativ A).

2. När Du har besvär från näsan vilka symtom har Du då?
(Ange ett eller flera alternativ)

- a) Vattnig snuva
b) Tjock, gulaktig snuva
c) Nästäppa.....
d) Nysningar.....
e) Klåda.....
f) Annat (ange vad:)

3. När under året uppträder näsbesvären samt hur ofta under dessa perioder?
(Ange under varje årstid ett alternativ)

- A. Vår
1. Dagligen under minst en vecka
 2. En till flera gånger i veckan
 3. Enstaka gånger i månaden
 4. Har ej besvär under denna period

- B. Sommar
1. Dagligen under minst en vecka
 2. En till flera gånger i veckan
 3. Enstaka gånger i månaden
 4. Har ej besvär under denna period

- C. Höst
1. Dagligen under minst en vecka
 2. Enstaka gånger i veckan
 3. Enstaka gånger i månaden
 4. Har ej besvär under denna period

- D. Vinter
1. Dagligen under minst en vecka
 2. Enstaka gånger i veckan
 3. Enstaka gånger i månaden
 4. Har ej besvär under denna period

Fortsätt på fråga 4

V NÄSAN

4. Utlöser eller förvärrar yttre faktorer näsbesvären? Ja Nej nll>66
Om **ja**, ange ett eller flera alternativ.
- a) Trädpollen (ex. björkris)
 - b) Gräspollen (ex blommande gräs, blommande sädesfält, hö).....
 - c) Djur (ange vilket /-a:.....)
 - d) Bostadsdamm
 - e) Mögel
 - f) Fuktig och/eller kall luft
 - g) Torr luft
 - h) Tobaksrök
 - i) Starka dofter (ex parfym)
 - j) Starkt kryddad mat
 - k) Rödvin
 - l) Andra födoämnen (ange vad:)
 - m) Stress eller obehag
 - n) Annat (ange vad:)

5. Hur ofta är näsbesvären förenade med symtom från ögonen (klåda, rodnad och/eller tårsekretion)? Ange ett alternativ.
- a) Ofta
 - b) Då och då
 - c) Aldrig

6. Hur ofta är näsbesvären förenade med symtom från luftrören (hosta, andfåddhet och/eller pip i bröstet)? Ange ett alternativ.
- a) Ofta
 - b) Då och då
 - c) Aldrig

7. Har Du sökt läkare för Dina näsbesvär? Ja Nej
Om **ja**, vad för besked fick Du av läkaren om orsaken till näsbesvären? (Ange ett eller flera alternativ)
- a) Allergi
 - b) Förkylning
 - c) Bihåleinfektion
 - d) Näspolyper
 - e) Trånga näsgångar
 - f) Annan förklaring (ange vad:)
 - g) Ingen förklaring

8. Vad är Din egen uppfattning om orsaken till näsbesvären? (Ange ett eller flera alternativ)
- a) Allergi
 - b) Förkylning
 - c) Bihåleinfektion
 - d) Annan förklaring (ange vad:)
 - e) Ingen förklaring

Kontrollera att Du svarat på alla frågor. Gäller båda sidor. Var vänlig och returnera frågeformuläret inom två veckor. Tack för din medverkan.

Handwritten notes in the left margin, including "V 72" and "nll>66".

asthma and CBE. Despite the intriguing observations by HOLMES *et al.* [28] in the 1940s stress remains a poorly investigated factor in the pathogenesis of airway diseases.

In conclusion, the present data suggest that recurrent or permanent nasal symptoms are present in one-third of the adult population in southern Sweden, and that associations between upper and lower airway symptoms are common in both asthma and chronic bronchitis/emphysema. Special nasal symptoms, as well as nasal symptoms provoked by special environmental factors, could be distinguished as relatively selective risk factors for either asthma or chronic bronchitis/emphysema.

Appendix I

Questionnaire (questions about the lung).

Answer by crossing on the relevant line if no other instructions are given.

1. Have any of your parents, brothers or sisters, or children had:

- a) Asthma
- b) Allergic eye-/nose catarrh (hay fever)
- c) Chronic bronchitis or emphysema
- d) Allergic eczema

2. Have you now, or have you had, any of the following diseases:

- a) Asthma
- b) Allergic eye/nose catarrh (hay fever)
- c) Chronic bronchitis or emphysema
- d) Any other lung or airways disease
- e) If yes, which? _____
- f) Allergic eczema

3. Have you been diagnosed by a doctor as having asthma?

4. Have you been diagnosed by a doctor as having chronic bronchitis (bronchitis) or emphysema?

5. Do you currently use asthma medicines (permanently or as needed)? If yes:

- a) As needed
- b) Permanently
- c) I use inhaled steroids every day (Pulmicort or Becotide)

6. Have you had asthma symptoms during the last 12 months *i.e.* intermittent or attacks of breathlessness? The symptoms may exist simultaneously with or without cough or wheezing?

7. Have you had long-standing cough during the last years?

8. Do you usually have phlegm when coughing, or do you have phlegm on your chest which is difficult to bring up? If yes:

- a) Do you bring up phlegm when coughing on most days during periods of at least three months?
- b) Have you had such periods during at least two successive years?

9. Have you wheezing, whistling or a noisy sound in your chest when breathing?

10. Do you usually have breathlessness, wheeze or severe cough:

- a) During exertion
- b) In cold weather
- c) In misty/foggy weather
- d) In dusty places
- e) From cigarette or tobacco smoke
- f) From car exhaust fumes/in towns
- g) From strong smelling scents *e.g.* perfumes, spices, cleaner, printing ink *etc.*
- h) From pollen *e.g.* birch, grass
- i) From furred animals
- j) From stress

11. Have you, during the last 12 months, awakened due to cough, breathlessness or "tightness" in your chest?

12. How would you characterize your breathing?

- a) I very seldom have problems with my breathing.
- b) Occasionally I have problems when breathing.
- c) My breathing is never quite well.

13. Do you smoke? (smokers also include those who smoke a few cigarettes or pipe fills a week, and those who have stopped smoking during the last year)

If yes:

How many cigarettes do you smoke per day?

- a) Less than 5
- b) 5-14
- c) 15 or more If no:
- d) Have you been a smoker but stopped smoking more than a year ago?
- e) Does anyone else in your family smoke?

14. Do you live close to a road with heavy traffic?

15. What is your current work/occupation?

16. How many years have you been working in this occupation?

17. If you have had another job/occupation for at least 5 years, please state what:

18. How many years have you been living in the Malmöhus county?

Appendix II

Questionnaire (questions about the nose).

Answer with a cross at the relevant line if no other instructions are given.

1. How often do you have nasal symptoms? Please tick one alternative.

- a) I never or very seldom have disturbing nasal symptoms
- b) I have recurrent disturbing nasal symptoms
- c) I have permanent disturbing nasal symptoms

If you have answered b or c to the above question please continue to answer the questionnaire

2. When you have nasal symptoms, which symptom or symptoms do you have. Please tick one or more alternatives.

- a) Watery nasal discharge
- b) Thick yellow nasal discharge
- c) A blocked nose
- d) Sneezing
- e) Itching
- f) Any other symptom (please notify which _____)

3. When during the year do you have nasal symptoms and how often during those periods? (Please tick one alternative during each season.)

Spring

- A 1. Daily during at least one week
- 2. One or several times a week
- 3. Occasional times a month
- 4. I have no symptoms during this period

Summer

- B 1. Daily during at least one week
- 2. One or several times a week
- 3. Occasional times a month
- 4. I have no symptoms during this period

Autumn

- C 1. Daily during at least one week
- 2. One or several times a week
- 3. Occasional times a month
- 4. I have no symptoms during this period

Winter

- D 1. Daily during at least one week
- 2. One or several times a week
- 3. Occasional times a month
- 4. I have no symptoms during this period

4. Are the nasal symptoms provoked or worsened by environmental factors? If yes tick the appropriate box or boxes below.

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Yes | No |
| a) Tree-pollen (e.g. birch) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Grass-pollen (e.g. grass) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Animals (please state which _____) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) House dust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Mould | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Damp and/or cold air | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Dry air | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Tobacco fumes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- i) Strong-smelling scents (e.g. perfumes)
- j) Spicy food
- k) Red wine
- l) Other food (please state which _____)
- m) Stress or discomfort
- n) Something else (please state what _____)

5. How often are the nasal symptoms associated with symptoms from the eyes (itching, redness and or increased tear production)? Please tick one alternative.

- a) Often
- b) Sometimes
- c) Never

6. How often are the nasal symptoms associated with symptoms from the lungs (cough, breathlessness and/or wheezing)? Please tick one alternative.

- a) Often
- b) Sometimes
- c) Never

7. Have you seen a doctor due to your nasal symptoms? If yes what diagnosis did you get? (Please tick one or more alternatives).

- a) Allergy
- b) A common cold
- c) Sinusitis
- d) Nasal polyps
- e) Narrow nasal lumen
- f) Another explanation
- g) No explanation

8. What is your own opinion about your nasal symptoms? (Please tick one or more alternatives).

- a) Allergy
- b) A common cold
- c) Sinusitis
- d) Another explanation (please state which)
- e) No explanation

Acknowledgements. Many thanks to J. Lanke, K. Heyman, S-Å. Johansson, L-H. Lindholm and B. Lundbäck for helpful assistance.

References

1. Pedersen PA, Weeke ER. Asthma and allergic rhinitis in the same patients. *Allergy* 1983; 38: 25-29.
2. Persson CGA, Svensson C, Greiff L, et al. The use of the nose to study the inflammatory response of the respiratory tract. *Thorax* 1992; 47: 993-1000.
3. Sibbald B, Strachan P In: Busse WW, Holgate ST, eds. Asthma and Rhinitis. London, Blackwell, 1995; 32-43.
4. Kapsali T E, Horowitz F, Diemer J, Togias A. Rhinitis is ubiquitous in asthmatics (abstract). *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99: S138.
5. Sibbald B, Rink E. Epidemiology of seasonal and perennial rhinitis; clinical presentation and medical history. *Thorax* 1991; 46: 895-901.