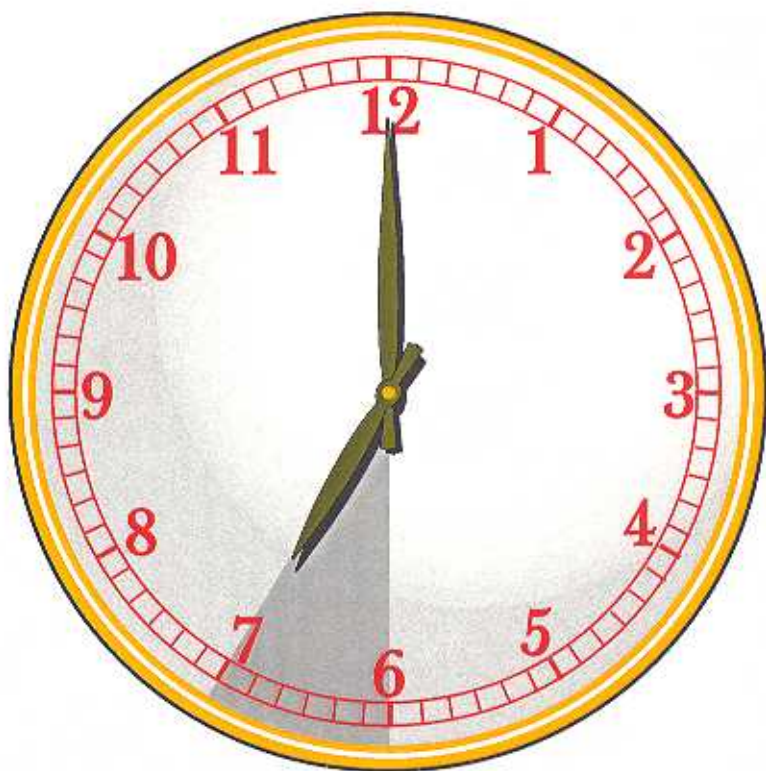


UNDERSÖKNING  
1997

# EN TIMME FÖR FORSKNINGEN

En undersökning där allas livserfarenheter blir till kunskap om  
cancerns orsaker och sambandet mellan levnadsvanor och hälsa



**DU KAN  
HJÄLPA TILL  
I KAMPEN  
MOT CANCER**

## En timme av ditt liv

En timme, kanske lite mer, ber vi dig skänka åt forskningen. Vi ställer frågor om levnadsvanor och hälsa, frågor som aldrig kan klarläggas genom försök i provrör eller på försöksdjur, utan bara med omsorgsfulla svar från många enskilda människor.

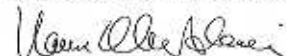
Är ditt bidrag meningsfullt? Vårt svar är ja, det är ovärderligt. Allas bidrag är lika viktiga.

Vårt syfte är att få fram tillförlitlig kunskap om hur man behåller eller förbättrar sin hälsa. Vi vill komma ifrån den situation som nu råder med osäkra, ofta motsärande, hälsoråd och ständiga larmrapporter.

Det är en lång och mödosam process som kan ta åtskilliga år. Men vi hoppas att du skall känna tillfredsställelse över att ha bidragit till en sådan utveckling. Det gör du genom att delge oss dina erfarenheter, genom att besvara detta frågeformulär.

Lycka till i dina ansträngningar att minnas och svara.

Varmt tack för din medverkan.



Hans-Olov Adami  
Professor

### Så här fyller du i frågeformuläret:

Eftersom blanketten läses in maskinellt ser vi helst att du använder **en penna med svart eller blå färg**. Markera ditt svar med ett kryss **inom** rutan intill det svarsalternativ som du anser är riktigt.

Exempel       Nej       Ja

Skulle du fylla i fel och vilja ändra till ett annat svarsalternativ ska du fylla den felaktiga rutan **helt** och sätta krysset i den rätta.

Exempel       Nej       Ja       Vet ej

Vi ber dig att lämna ditt fullständiga personnummer. Endast enkäter med korrekta personnummer kan bearbetas och därmed bidra till forskningen. Uppgiften om ditt personnummer, liksom alla dina svar kommer att vara helt oåtkomliga för andra än forskarna.



Vilket är ditt fullständiga personnummer?

□□□□□□ - □□□□□

Vilka år har du gått Riksmarschen för Cancerfonden?

1991     1993     1995     1997

Hur anser du att din kondition är/var jämfört med jämnåriga av samma kön?

	Mycket sämre	Lite sämre	Ungefär lika bra	Lite bättre	Mycket bättre
Nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När du var 10-16 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur mycket rör/rörde du dig jämfört med jämnåriga av samma kön?

	Mycket mindre	Lite mindre	Ungefär lika mycket	Lite mer	Mycket mer
Nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
När du var 10-16 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Hur mycket vardagsmotion har du fått *per vecka* under de senaste 12 månaderna t. ex. genom att gå och/eller cykla till arbetet, genom veckostädning, trädgårdsarbete och liknande?

Mindre än 1 timme     1-2 tim     3-4 tim  
 5-6 tim     Mer än 6 timmar

+

**Hur mycket tid i genomsnitt per vecka har, du under de senaste 12 månaderna ägnat åt sport/motion/idrott/friluftsliv?**

*Sommar- respektive vinterhalvår. Gör en markering för varje rad.*

	Timmar per vecka					
	0	0-1	2	3	4	5 eller mer
Lättare motion som t. ex. promenad	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansträngande motion, t. ex. snabb promenad, jogging eller simning	 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hård träning eller tävling	 <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"/>

**Hur mycket har du tränat eller motionerat i olika åldrar?**

	Gånger per vecka				
	Aldrig	Mindre än 1	Ungefär 1	2-3 ggr	Fler än 3
Tonåren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 år eller äldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hur pass fysiskt ansträngande har ditt dagliga arbete/sysselsättning varit under de senaste 12 månaderna?**

- Lätt, mest stillasittande       Lätt, men jag har rört mig en del  
 Ganska ansträngande       Mycket ansträngande

*Om du markerat något alternativen på nedre raden ange på vilket sätt du rört/ansträngt dig. Markera ett eller flera alternativ.*

- Förflyttning, t. ex. gått, sprungit, cyklat, klättrat eller simmat  
 Muskelkraft, t. ex. lyft, bänt, skjutit, kramat eller vridit  
 Annan typ av ansträngning









**Hur mycket rörde du dig på arbetet och fritiden för 10 år sedan?**

- Mycket mindre än nu       Mindre än nu       Lika mycket som nu  
 Mer än nu       Mer än nu

## Hur fysiskt aktiv är du ett vanligt vardags-dygn?

I tabellen nedan finns 9 nivåer (grader) av ansträngning. För att man skall förstå vad varje nivå innebär finns exempel på aktiviteter som är just så ansträngande. Försök att uppskatta hur lång tid under dygnet som du sammanlagt ägnar åt varje nivå. Börja med nivå A och ange sedan tiden med ett kryss per nivå. (h= timme)

Hur lång tid av dygnets timmar ägnar du åt sådant som är lika ansträngande som

		0 min - 4 min	5 min - 9 min	10 min - 19 min	20 min - 39 min	40 min - 1 h 29 min	1 h 30 min - 2 h 59 min	3 h - 5 h 59 min	6 tim - 12 tim
<b>A</b>	 t. ex. sömn, vila					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B</b>	 t. ex. sitta i bädskaret, sitta och lyssna på musik, titta på TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C</b>	 t. ex. kontorsarbete, sticka, sy, sitta i möte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>D</b>	 t. ex. bädda, stryka kläder, diska för hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>E</b>	 t. ex. bowling, köra buss/traktor, verkstadsarbete, meka med bilen, dansa vals/foxtrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b>	 t. ex. gå i snabb takt, hästridning, sopa trottoaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>G</b>	 t. ex. måla huset, bära och stapla ved, skidåkning/slalom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>H</b>	 t. ex. vägarbete, klippa gräset med handgräs-klippare, skotta snö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>I</b>	Hur lång tid av dygnets timmar ägnar du åt sådant som är mer ansträngande än nivå H?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

## Här ber vi dig att fylla i dina kroppsmått.

Använd gärna måttband för höft- och midjemått.

### Exempel:

Om du väger 84 kg så skriver du först in 84 överst med siffror.

Nuvarande vikt

8 4 kg

0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kryssa sedan i respektive ruta under siffrorna.

Nuvarande vikt

kg

Vikt vid 20 års ålder \*

kg

Vikt vid 50 års ålder

kg

	Nuvarande vikt	Vikt vid 20 års ålder *	Vikt vid 50 års ålder
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Längd

cm

Höftmått

cm

Midjemått

cm

	Längd	Höftmått	Midjemått
0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vet ej

Vet ej

+

+



**Vilken var din födelsevikt?**

- Mindre än 1500 gram     1500–2499     2500–4000  
 Över 4000     Vet ej

**Har du någonsin gått ner 5 kg eller mer på mindre än ett år?**

*Kvinnor skall bortse från viktförändringar i samband med graviditeter.*

- Nej     Ja,

*Om Ja, hur mycket och hur många gånger?*

- Mellan 5 och 10 kg  
 1     2     3     4     5 gånger eller mer
- Mer än 10 kg  
 1     2     3     4     5 gånger eller mer

Du har väl inte glömt att fylla i ditt personnummer på sidan 2. Endast enkäter med korrekta personnummer kan bearbetas och därmed bidra till forskningen.



**Visste du att...**

förekomsten av olika cancersjukdomar varierar väldigt - i vissa fall hundra-faldigt - mellan olika länder? Dessutom finns betydande skillnader inom Sverige. Därför är det viktigt att känna till något om ditt ursprung.

**Vilket är ditt och dina biologiska föräldrars ursprungsland?**

	Jag	Mor	Far		Jag	Mor	Far
Sverige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Norge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baltiskt land	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Danmark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Turkiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tyskland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grekland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ungern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nordamerika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sydamerika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forna Jugo-slavien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afrika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Libanon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Om du är född utanför Sverige, sedan vilken ålder har du huvudsakligen varit bosatt i Sverige?**

- Före 5 års ålder     
  5-14 års ålder     
  15-19 års ålder  
 20-29 års ålder     
  30-50 års ålder     
  Efter 50 års ålder





### Hur många syskon har du?

Räkna även halvsyskon och syskon som avlidit.

- Inget     1     2     3     4     5  
 6     7     8     9     Fler än 9

### Hur många av dina syskon föddes före dig?

- Inget     1     2     3     4     5  
 6     7     8     9     Fler än 9

### Var har du huvudsakligen vuxit upp?

- I stor stad (eller förort)     Mellanstor stad  
 Mindre stad/samhälle     På landsbygden

### Vilken typ av barntillsyn/förskola har du gått i?

Kryssa i ett eller flera alternativ.

- Daghem, "dagis"  
 Förskola, lekskola, kindergarten, annan barntillsyn med många barn  
 Ingen av dessa typer

Om du har gått på dagis, hur gammal var du när du började?

- Yngre än 1 år     1-2 år     3-4 år     Äldre än 4 år



### Vilken är din nuvarande huvudsakliga sysselsättning?

- Avlönat heltidsarbete
- Avlönat deltidarbete
- Egen företagare
- Oavlönat hemarbete, t. ex. hemmafru/hemmaman
- Arbetslös
- Pensionerad
- Sjukpensionär/långtidssjukskriven
- Studerande
- Annat

### Vilka arbetstider har du?

- Dagtid
- Dagtid + jourarbete
- Mest kväll/natt
- Tvåskift
- Treskift-femskift,
- Annat
- Arbetar inte

+ +

**Hur är ditt arbete?**  
*Om du inte arbetar - hur är din dagliga sysselsättning?*

	Aldrig/ sällan	Ibland	Ofta	Alltid/ nästan alltid
Kräver det att du arbetar mycket fort?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver det att du arbetar mycket hårt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver det en alltför stor arbetsinsats?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du tillräckligt med tid för att hinna med uppgifterna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Får du lära dig nya saker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är kraven på dig motstridiga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver det skicklighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräver det påhittighet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du frihet att bestämma <u>vad</u> som skall utföras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du frihet att bestämma <u>hur</u> det skall utföras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innebär det att du gör samma sak om och om igen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vilka utbildningar/skolor har du gått eller går du nu?**

*Markera alla alternativ som stämmer in på dig.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Folkskola/Enhetsskola/Grundskola | <input type="checkbox"/> Realskola                 |
| <input type="checkbox"/> Yrkesskola                       | <input type="checkbox"/> Flickskola                |
| <input type="checkbox"/> 2-årigt gymnasium                | <input type="checkbox"/> 3-eller 4-årigt gymnasium |
| <input type="checkbox"/> Universitet/Högskola             | <input type="checkbox"/> Annan utbildning          |



### Har du någonsin...

...rökt cigaretter i stort sett dagligen under mer än 6 månader?

Nej

Ja

...snusat regelbundet (minst en gång per vecka under mer än 6 månader)?

Nej

Ja

...rökt pipa regelbundet (minst en gång per vecka under mer än 6 månader)?

Nej

Ja

### Visste du att...

*du just nu bidrar till en av de största epidemiologiska forskningsstudier som genomförts någonsin? Den epidemiologiska forskningens mål är att få kunskap om orsaker till olika sjukdomar och kunna sätta in förebyggande åtgärder. Under historiens gång har förebyggande - snarare än behandling - varit det mest framgångsrika sättet att förbättra vår hälsa och förlänga livet.*

+

Ålder	Antal cigaretter per dag						
	0	1-5	6-10	11-15	16-20	21-30	Mer än 30
Nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50-59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 eller äldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ålder	Piprökning		Antal snusdosor per vecka				
	Nej	Ja	0	Mindre än 1	1-2	3-7	Mer än 7
Nu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50-59	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 eller äldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hur mycket utsätts/har du utsatts för andras tobaksrök?**

		Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
		Nu	på arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	under fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För 10 år sedan	på arbetet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	under fritiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

+



### Hur bedömer du din hälsa?

- Mycket god     God     Varken god eller dålig  
 Dålig     Mycket dålig

### Hur ofta har du besvär med...

	Aldrig/ sällan	Ibland	Ofta	Alltid/ nästan alltid
...bröstsmärtor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...hjärtklappning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...andfåddhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...huvudvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...magont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...muskelvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ledvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ryggvärk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... yrsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...svimning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+ +

**Har du behandlats av läkare för någon av följande sjukdomar?**

	Nej	Ja	Vet ej
Allergiska hudbesvär (t. ex. böjveckseksem)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Allergisk snuva (hösnuva)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Acne (finnar)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Kontakteksem (t. ex. nickelallergi)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Psoriasis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Astma?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Högt blodtryck?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Kärlkramp?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Blodfetsrubbingar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Kärlkramp i benen (fönstertittarsjuka)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Slaganfall?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ledgångsreumatism?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Tuberkulos (tbc)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Handledsbrott i vuxen ålder?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Cancer?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Diabetes upptäckt före 30 års ålder?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Diabetes upptäckt efter 30 års ålder?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Multipel skleros (MS)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Crohns sjukdom?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ulcerös kolit?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

***Du vet säkert att...***

*laboratorieforskningen gjort fantastiska framsteg när det gäller att förstå hur friska celler omvandlas till cancerceller. Men visste du att nästan all kunskap om yttre orsaker till cancer hos människan kommer från epidemiologisk forskning? Avslöjandet att rökning orsakar cancer är ett exempel. Med den här epidemiologiska studien vill vi avslöja nya samband som kan leda till förbättrad hälsa.*

+

+

**Har du vistats i någon av följande världsdelar?** Asien Högst 4 veckor     5 veckor till 1 år     Mer än 1 år Afrika Högst 4 veckor     5 veckor till 1 år     Mer än 1 år Sydamerika, Mexico, Centralamerika Högst 4 veckor     5 veckor till 1 år     Mer än 1 år**Är du vaccinerad mot...**...gula febern? (*görs inför resor till delar av Sydamerika och Afrika*) Nej     Ja     Vet ej...japansk B-encefalit? (*görs inför resor till Sydostasien*) Nej     Ja     Vet ej...rabies?     Nej     Ja     Vet ej...fästingburen encefalit, även kallad TBE? (*görs framför allt på dem som bor på ostkusten, i synnerhet på öar i Stockholmstrakten*) Nej     Ja     Vet ej...gulshot (*hepatit B*)?     Ja     Nej     Vet ej**Hur många gånger i livet har du fått gammaglobulinsprutor, t. ex. inför utlandsresa?** Aldrig     1-5 gånger     6-10 gånger Mer än 10 gånger     Vet ej**Hur många gånger i livet har du behandlats med penicillin eller annat antibiotikum?** Aldrig     1-2 gånger 3-10 gånger     Mer än 10 gånger     Vet ej*Om Ja, hur lång var den längsta kur med penicillin eller annat antibiotikum som du behandlats med?* Mindre än 2 veckor     2-4 veckor 5 veckor till ett halvår     Mer än ett halvår     Vet ej

+

+





+

+

**Brukar du bli röd/bränd i solen?***(Röd innebär hudrodnad som inte svider; bränd innebär sveda, smärtande rodnad och/eller blåsor)*1  Aldrig 2  Sällan 3  Ofta*Om du blivit röd/bränd, hur ofta har det hänt?*

	Aldrig/ nästan aldrig	Några år	Nästan varje år
Bränd flera gånger under ett och samma år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Bränd någon enstaka gång under ett och samma år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Röd men inte bränd flera gånger under ett och samma år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Röd men inte bränd enstaka gånger under ett och samma år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

**Blev du som barn bränd i solen?**1  Aldrig 2  Någon gång 3  Ofta 4  Vet ej**Vilken är/har varit din naturliga hårfärg?**1  Mörkbrun/svart 2  Ljusbrun 3  Blond/gul 4  Röd**Har du någon gång solat i solarium?**1  Nej 2  Ja*Om Ja, hur många gånger per år har du solat solarium i olika åldrar? Sätt ett kryss för varje ålder.*

	Gånger per år						
	0 ggr	1-5	6-10	11-20	21-30	31-50	över 50 ggr
Upp till 15 år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
15-19 år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
20-29 år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
30-39 år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
40-49 år	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
50 år och äldre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>

+

+





*Visste du att...*

*många människor anses lida av kronisk sömnbrist i vårt moderna samhälle? Ingen vet säkert hur detta kan påverka hälsan på kort och lång sikt. I den här studien gör vi ett allvarligt försök att reda på detta.*

### Hur brukar du sova?

- Bra                       Ganska bra                       Varken bra eller dåligt  
 Ganska dåligt                       Dåligt

### Hur många timmar, ungefär, per dygn...

	mindre än 5	5	6	7	8	9 eller mer
<i>...anser du att du behöver sova?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>...brukar du sova under ett arbets/vardagsdygn?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>...brukar du sova lediga dygn?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+ +

**Följande frågor gäller din sömn de senaste 12 månaderna**  
*Välj ett alternativ per rad.*

Har du...	Aldrig	Sällan	Ibland	För det mesta	Alltid	Vet ej
...haft svårt att somna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...vaknat och haft svårt att somna om?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...snarkat kraftigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...sovit oroligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...haft mardrömmar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...haft svårt att vakna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...ej varit utsövd vid uppvaknandet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...vaknat upp utmattad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...vaknat för tidigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...varit sömnig under dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...somnat (nickat till) under dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...tagit en tupplur under dagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
...använt sömnmedel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Viste du att...**

*vi i Sverige använder mest mobiltelefoner i hela världen? Den här undersökningen ger oss unika möjligheter att skingra osäkerheten kring eventuella hälsoeffekter av mobiltelefoner.*



**Har du regelbundet (minst 2 ggr/månad) talat i mobiltelefon?**

*Vi menar inte en trådlös telefon som du använder endast i hemmet eller biltelefon med yttre antenn.*

- Ja       Nej, Om Nej, gå vidare till nästa sida.

*Om Ja, vilket/vilka nät har du använt?*

	Ej använt mobitel.	GSM (070)	NMT 900 (010)	NMT 450 (010)	Både GSM och NMT	Vet ej
Före 1985	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
1985-92	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
efter 1992	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Hur många år, sammanlagt, har du använt mobiltelefon?*

- Mindre än 1 år     1-5 år     6-10 år     Mer än 10 år

*Hur ofta, i genomsnitt, brukar/brukade du använda mobiltelefon?*

- Mindre än en gång per vecka     Enstaka samtal per vecka  
 Mindre än 10 min/dag     10-29 min/dag  
 30 min-1 tim/dag     Mer än 1 tim/dag

*Mot vilket öra brukar du hålla mobiltelefonen när du talar?*

- Höger     Vänster     Omväxlande höger och vänster



### Hur mycket dricker/äter du av följande:

Kryssa för ett alternativ per rad. (7+ betyder 7 gånger eller mer)

	Glas per dag (1 glas=2 dl)							
	0	1	2	3	4	5	6	7+
Lätt/minimjolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmjolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Standardmjolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättfil/lättyoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filmjolk/yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Saft/läsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Koppar per dag (1 kopp=1,5 dl)							
	0	1	2	3	4	5	6	7+
Te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Bitar/teskedar per dag							
	0	1	2	3	4	5	6	7+
Socker/honung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		+ Matskedar per dag +							
		0	1	2	3	4	5	6	7+
Keso/kvarg	1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
		Skivor per dag							
		0	1	2	3	4	5	6	7+
Ost	1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Lättost	1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Knäckebröd	1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Vitt bröd/limpa	1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Grovt/fullkornsbröd	1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
Brödskivor med smör/margarin	1	<input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

#### Hur brukar du bre dina smörgåsar?

- 1 Ganska tjockt       2 Tunt  
 3 Mycket tunt       4 Inget matfett alls

#### Vilka typer av matfett brukar du använda?

Kryssa för ett eller flera alternativ för smörgås, sedan för matlagning

	Smörgås	Matlagning
Smör	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Bregott	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Smörgåsmargarin (t. ex. Flora)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Lättmargarin (t. ex. Lätta)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Hushållsmargarin (t. ex. Milda)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Olivolja	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
Rapsolja		1 <input type="checkbox"/>
Matolja (t. ex. majs-, solrosolja)		1 <input type="checkbox"/>
Flytande margarin		1 <input type="checkbox"/>
Jag använder inget matfett	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>



+ +

**Hur ofta i genomsnitt brukar du äta av följande?**  
 Kryssa bara för ett alternativ per rad.

Spannmål	Gånger/månad			Gånger/vecka			Gånger/dag		
	0	1-3	*	1-2	3-4	5-6	1	2	3+
Havregrynsgröt	<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 gröt/välling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flingor/müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spagetti/makaroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pannkakor/plättar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vete- eller havrekli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kött	Gånger/månad			Gånger/vecka			Gånger/dag		
	0	1-3		1-2	3-4	5-6	1	2	3+
Köttfärsrätter (t. ex. köttbullar, pannbiff, köttfärssås)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fläskkött (helt/gryta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöt/kalvkött (helt/gryta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korv (stekt/grillad, kokt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpudding/blodkorv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever/njure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leverpastej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kött- eller korvpålägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Visste du att...**

*goda kostvanor - enligt alldeles färsk uppskattningar - sannolikt skulle kunna minska cancerförekomsten med 1/3? Och dessutom skydda mot många andra sjukdomar? För att kunna ge säkrare råd om hälsosam kost ber vi dig fylla i denna del särskilt noga. Vi vet att det kan vara svårt.*

Fågel/fisk/ägg	Gånger/månad		Gånger/vecka			Gånger/dag		
	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+
Kyckling/annan fågel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sill/strömming/makrill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lax/sik/röding/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torsk/sej/fiskpinnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaldjur (räkor/kräftor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ägg/omelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Potatis/morötter	Gånger/månad		Gånger/vecka			Gånger/dag		
	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+
Kokt potatis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stekt potatis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pommes frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Grönsaker	Gånger/månad		Gånger/vecka			Gånger/dag		
	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+
Sallad/isbergssallad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitkål/rödkål/salladskål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blomkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broccoli/brysselkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tomat/tomatjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paprika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spenat/mangold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gröna ärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lök/purjolök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitlök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blandade grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärtsoppa/bönor/linser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

Frukt/bär	Gånger/månad			Gånger/vecka			Gånger/dag		
	0	1-3		1-2	3-4	5-6	1	2	3+
Apelsin/citrusfrukt/ juice	<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/fruktsoppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Övrigt</b>	<b>Gånger/månad</b>			<b>Gånger/vecka</b>			<b>Gånger/dag</b>		
	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/bakelse/ konditoribit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chokladbit/-kaka	<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"/>
Dressing	<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	<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/ crème fraiche	<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"/>

Det är lätt att av misstag hoppa över en rad. Kontrollera gärna att du satt ett kryss på varje rad.

Stekt mat	Gånger/månad		Gånger/vecka			Gånger/dag		
	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+
Körv/biff/fläskkotlett stekt i stekpanna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk stekt i stekpanna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyckling stekt i stekpanna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grillad/ugnsstekt kyckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steksky/sås av sky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hur ofta brukar du dricka alkohol?

Kryssa bara för ett alternativ per rad

	Aldrig	Gånger/månad		Gånger/vecka			Gånger/dag		
		0-1	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+
Folköl	<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"/>
Vitt 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"/>
Rött 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"/>

Hur mycket brukar du vanligen dricka vid varje tillfälle?

Öl  Mindre än 33 cl  33–50 cl  50–200 cl  
 200–400 cl  Mer än 400 cl (8–10 burkar)

Vin  1 glas  2–3 glas  
 1/2–1 flaska  Mer än 1 flaska

Sprit  6 cl eller mindre  7–12 cl  13–18 cl  
 19–37 cl  Mer än 37 cl

Om du dricker alkohol, är det då i samband med måltid?

Aldrig  Sällan  Ibland  Oftast  Alltid

+

+

**Äter du vitamin-, mineral- eller annat tillskott?**

Nej       Ja, hela året       Ja, delar av året

*Om Ja, vad brukar du ta? Hur länge har du tagit det?*

*Sätt ett kryss på varje rad.*

	Aldrig	Mindre än 1 år	1-5 år	Mer än 5 år
Vitaminer utan mineraler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitaminer med mineraler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-vitamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B-vitaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-vitamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q 10 (antioxidant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxigard (antioxidant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beta-karoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskoljaepreparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allt tyder på att man kan förebygga sjukdom genom att ändra levnadsvanorna. Men för att få bättre kunskap om detta behövs vetenskapliga studier. Vi planerar att starta en sådan forskningsstudie inom ett par år och frågar nu om du skulle vara intresserad av att delta. Detta är bara en intresseanmälan; vi kommer att sända ut en ny förfrågan innan studien påbörjas, tillsammans med utförlig information om levnadsvanor som vi tror kan förbättra hälsan och förebygga sjukdom.

Skulle du vilja bli kontaktad för att eventuellt delta i den planerade forskningsstudien?

- Ja, gärna  
 Ja, kanske  
 Nej

+

+



**Visste du att...**

olika värkmedicinering har visat sig skydda mot flera cancer-sjukdomar i djurförsök? Ingen vet om de har samma gynnsamma effekter hos människor, men det vill vi försöka ta reda på. Därför ber vi dig fylla i följande frågor så noga som möjligt.

**Hur mycket acetylsalicylsyra har du tagit i genomsnitt?**

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

	Ange antal tabletter per månad					
	0	1-5	6-10	11-20	21-30	Mer än 30
Under det senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För fem år sedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För tio år sedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hur mycket paracetamol har du tagit i genomsnitt?**

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

	Ange antal tabletter per månad					
	0	1-5	6-10	11-20	21-30	Mer än 30
Under det senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För fem år sedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För tio år sedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

### Hur mycket indometacin har du tagit i genomsnitt?

(t.e.x. Indomee, Confortid, Indometacin). Ange antal kapslar per månad

	0	1-5	6-10	11-20	21-30	Mer än 30
Under det senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För fem år sedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För tio år sedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Kryssa för om du tagit något/några av följande värkstillande och inflammationsdämpande medel:

<input type="checkbox"/> Alganex	<input type="checkbox"/> Alpoxen	<input type="checkbox"/> Ardinex	<input type="checkbox"/> Brexidol
<input type="checkbox"/> Brufen	<input type="checkbox"/> Diklofenak	<input type="checkbox"/> Felden	<input type="checkbox"/> Ibumetin
<input type="checkbox"/> Ipren	<input type="checkbox"/> Ketoprefen	<input type="checkbox"/> Miranax	<input type="checkbox"/> Mobic
<input type="checkbox"/> Naprosyn	<input type="checkbox"/> Naproxen	<input type="checkbox"/> Nurofen	<input type="checkbox"/> Orudis
<input type="checkbox"/> Prolixana	<input type="checkbox"/> Pronaxen	<input type="checkbox"/> Relifex	<input type="checkbox"/> Voltaren

Om du har kryssat för något eller några av dessa läkemedel, hur många tabletter eller kapslar har du sammanlagt tagit per månad?

	0	1-5	6-10	11-20	21-30	Mer än 30
Under det senaste året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För fem år sedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
För tio år sedan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Har du under någon period medicinerat med...

	Nej	Ja, men har slutat	Ja, tar nu	Vet ej
...kortisontabletter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...kortison i inandningsform? (t.ex. Pulmicort, Becotide, Flutide)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Är du en man skall du sluta här. Läs informationstexten på näst sista sidan om hur du kan bidra ytterligare till forskningen. Är du kvinna har du ytterligare 2 sidor att besvara

+

+



### Bara för Kvinnorna

#### Hur gammal var du vid din första menstruation?

- Yngre än 11 år     11-12     13-14  
 15-16     17 eller äldre     Vet ej

#### Har du fortfarande menstruationsblödningar?

- Ja     Nej, de upphörde (spontant eller efter operation) när jag var  
 under 40 år     40-44     45-49  
 50-54     55-59     över 60 år

#### Hur många barn har du fött? Räkna inte missfall.

- Inget     1     2     3     4     5  
 6     7     8     9     Fler än 9

#### Hur gammal var du när ditt första barn föddes?

- Under 20 år     20-24     25-29  
 30-34     35-39     40 år eller äldre



+ +

**Har du någon gång behandlats för barnlöshet?**

- Nej  Ja

*Om Ja, vilken behandling fick du?*

- Operation  Hormonstimulering (av ägglossning)  
 Annan behandling

**Har du någon gång använt p-piller? (Räkna inte s.k. minipiller)**

- Nej  Ja, om Ja, under hur lång tid sammanlagt  
 Mindre än 1 år  1-4  5-9  10 år eller mer

*Hormonbehandling (östrogen) ges vanligen mot olika besvär i övergångsåldern, eller för att förebygga sjukdom.*

**Har du fått hormonbehandling någon gång?**

- Nej  Ja,

*Om Ja, vilken typ och under hur lång tid sammanlagt?*

- Östrogen utan gulkroppshormon  
(*Progynon, Promarit/Premarina, Estraderm*)  
 Mindre än 1 år  1-4  5-9  10 år eller mer

- Östrogen tillsammans med gulkroppshormon  
(*som fast kombination, t.ex. Kliogest, Trisekvens, Cyclabil, Estracomb, eller i separata preparat*)  
 Mindre än 1 år  1-4  5-9  10 år eller mer

*Om du använt östrogen, har du slutat helt med hormonbehandling?*

- Nej  Ja, i så fall när?  
 Under senaste året  1-5 år sedan  Mer än 5 år sedan

*Nu är du färdig med frågeformuläret. Kontrollera gärna dina svar. På följande sidor finns mer information. När du har läst den lägger du frågeformuläret i svarskvartetten. Hos alla ICA-handlare finns särskilda boxar där du kan lämna in ditt svar. Skulle du hellre vilja skicka in svaret per post går det också bra, men då måste du själv frankera.*

### Vad betyder kroppens eget försvar?

I många fall finns det kända yttre orsaker till en sjukdom - vi kan ta rökning som exempel. Vad beror det då på att inte alla som röker drabbas av allvarligare sjukdom? Finns det inneboende skyddskrafter i kroppens celler, och är det bara de människor som saknar dessa som blir sjuka? Går det att i framtiden hitta människor som har sämre skydd mot de skadliga ämnena i tobaken?

För att få svar på denna och andra frågor som gäller samverkan mellan yttre faktorer (förutom tobak t. ex. motion och kost) och kroppens försvar måste man studera cellernas "styr-don", d.v.s. deras DNA.

Kroppens DNA kan utvinnas från ett enkelt blodprov.

Vi frågar dig därför om du är villig att lämna ett blodprov vid ett senare tillfälle. Det skall sägas redan nu att det bara är en liten del av alla som svarar ja på denna fråga som kommer att kontaktas. För att kunna jämföra hur de som blir sjuka skiljer sig från dem som förblir friska vill vi också i framtiden ha möjligheten att studera de sjukas celler i vävnadsprover som eventuellt tas i samband med diagnos eller behandling.

Eftersom det kan dröja flera år innan det inträffat tillräckligt många sjukdomsfall för en jämförelse mellan sjuka och friska måste blodproverna sparas. För att underlätta analyserna kommer forskarna att genast sätt igång med att utvinna DNA. Det låses sedan in i frysboxar utan åtkomst för andra.

DNA utgör, som du kanske vet, arvmassan. Även om man idag utifrån arvmassans kemiska sammansättning inte kan skaffa sig någon bild av individen är det en del människor som tycker att det är obehagligt att forskarna har tillgång till den genetiska koden. För att garantera att information inte missbrukas kommer alla framtida analyser att först granskas och godkännas av den forskningsetiska kommittén vid Karolinska Institutet i Stockholm.

+

+

För att vara med i denna delundersökning vill vi alltså att du skall ta ställning till följande:

- Är du villig att vid behov lämna ett blodprov?
- Tillåter du att forskarna - om du skulle bli sjuk i framtiden - studerar celler som ändå tas tillvara i samband med diagnos eller behandling?
- Tillåter du att forskarna sparar ditt DNA för undersökningar av ytterligare skyddsgener i framtiden (efter vederbörligt godkännande av forskningsetik-kommittén)?

*Om du tycker att du kan svara ja på dessa frågor och vill bidra till forskningen om kroppens egna försvarsmekanismer mot sjukdomsframkallande faktorer sätter du ett kryss i ruta A på baksidan.*

### Kan läkemedel orsaka sjukdomar på lång sikt?

Läkemedel kan påverka hälsan på både kort och lång sikt.

De uppgifter om medicinering du just lämnat i frågeformuläret kan bli mycket värdefullare om vi dessutom får kunskap om din framtida medicinering. Detta är möjligt eftersom apoteken redan nu - via datasystem - lämnar information till Socialstyrelsen efter samtycke från den som receptet gäller. Denna information kan användas för forskning.

*Samtycker du till att uppgifter om dina nuvarande eller eventuella framtida receptföreskrivningar av följande läkemedel registreras fortlöpande vid Socialstyrelsen för forskningsprojektet som du deltar i?*

	Nej	Ja
Värkmediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P-piller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra hormonmediciner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Om du har svarat Ja på någon av dessa frågor sätter du ett kryss i ruta B på baksidan.*

+

+

**Jag har läst frågorna på föregående sida.**

**A**  Ja, jag vill bidra ytterligare till forskningen om kroppens egna försvarsmekanismer och är beredd att lämna ett blodprov.

**B**  Ja, jag samtycker till att nuvarande eller eventuella framtida receptföreskrivningar av förkryssade läkemedel registreras fortlöpande vid Socialstyrelsen för forskningsprojektet.

**Projektet genomförs i samarbete med:**



**Och stöds av:**

