

1968/69

Ifylles ej

1 I 3

2 2

3 4. 5. 6 | 7 = 0

8, 9, 10, 11 12

5/3

6/4

Svarsdatum / 19

Var vänlig fyll i Ert telefonnummer:

.....

HÄLSOUNDERSÖKNING

av kvinnor i Göteborg

1968 - 1969

ALLMÄNT FRÅGEFORMULÄR

7. Hur många år har ni sammanlagt bott i Göteborg?
..... år

Ifylles ej

--

8. Uppväxtort.

Var god sätt ett kryss här till höger för det alternativ som bäst stämmer in på er! Är ni uppvuxen i:

- 1. storstad (Stockholm, Göteborg, Malmö)
- 2. annan stad
- 3. samhälle eller köping
- 4. på landsbygden

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>

9. Utbildning.

Var god sätt kryss för det eller de alternativ som passar in på er!

- 1. folkskola
- 2. något eller några år på läroverk, realskola, flickskola eller liknande
- 3. genomgången folkhögskola
- 4. realexamen
- 5. genomgången flickskola
- 6. något eller några år på gymnasium
- 7. studentexamen
- 8. fortsatt utbildning efter studentexamen, akademiska studier eller motsvarande
(Examen:)
- 9. speciell yrkesutbildning (vilken sorts?:
.....)

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"/>
9	<input type="checkbox"/>

Ja
Nej

10. Bostadsförhållanden.

11.

Bor ni:

- 1. i föräldrahemmet 1
- 2. i hyresrum 2
- 3. i lägenhet rum och kök 3
- 4. i villa rum och kök 4

11

12. Sjukskrivning senaste året.

Har ni varit sjukanmäld (under så kort tid att ni inte behövt ha sjukintyg från läkare) senaste året?

Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har ni varit sjukskriven av läkare senaste året?

Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om svaret är "Ja", ange på ett ungefär, hur många dagar ni varit sjukskriven senaste året: dagar

Är ni förtidspensionerad?

Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ifylles ej

0	<input type="checkbox"/>	0
1	<input type="checkbox"/>	1-7
2	<input type="checkbox"/>	8-14
3	<input type="checkbox"/>	15-30
4	<input type="checkbox"/>	1-3 m.
5	<input type="checkbox"/>	3-6 m.
6	<input type="checkbox"/>	6-12 m.
7	<input type="checkbox"/>	h. året
8	<input type="checkbox"/>	ftp

Uppgifter angående make.

13. Makens yrke:

14. Makens ålder: år

Ifylles ej

--	--	--

--	--

	1-2		3-4		5-6		5.	
	Haft besvär? <i>Nu Tidigare</i>		Sökt läkare för detta?		Varit in-tagen på sjukhus för detta?		Har fort-farande besvär?	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
30. gallbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. "trög mage"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. "lös mage"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. andra besvär från buken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. hemorrhoider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. blåskatarrbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. njurstensbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. andra njurbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. blod i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ledbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. ryggbesvär eller ischiasbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. migränhuvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. annan huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. sömnbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. psykiska ("ner-vösa") besvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. underlivsbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. hudsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. blodpropp i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. åderbräck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. olycksfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Övriga upplysningar:

.....

.....

.....

Mediciner.

Använder ni:	0	1	2	3
	Aldrig eller nästan aldrig	Någon el- ler några gångar i månaden	Någon el- ler några gångar i veckan	Nästan dagligen eller dagligen
50. maguecyltabletter (Albyl, Ba- myl, Dispril eller dylikt)?	50 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Tanderil, Butazolidin eller Indomee?	51 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. andra smärtstillande table- tter?	52 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. cortisontabletter?	53 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. "lugnande" tabletter?	54 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. mediciner mot nedstämdhet	55 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. sömntabletter?	56 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. migrän-tabletter?	57 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. digitalis (Digoxin, Digitoxin, Lanoxin, Lanacrist, Cedilanid, Acylanid eller motsvarande)?	58 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. mediciner mot bensvullnad?	59 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. blodtrycksmediciner?	60 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. tabletter eller flytande me- dicin mot "sur mage"?	61 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. avföringsmedel?	62 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. vitamintabletter (eller vi- taminer i flytande form)?	63 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. järntabletter (eller järn- medicin i flytande form)?	64 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. andra mediciner?	65 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange i så fall om möjligt vilka:

.....

.....

.....

Tidigare röntgenundersökningar.

66. Har ni någon gång varit på skärmbildsundersökning av lungorna?

	1	2
	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om svaret är "Ja", ange när och var sista gången:

.....
 senast år plats

67. Har ni utöver vanlig skärmbildsundersökning någon gång blivit röntgenundersökt?

	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om svaret är "Ja", var god fyll i nedanstående!

Om svaret är "Nej", fortsätt till nästa rubrik!

Har röntgenundersökning gjorts av:

- | | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|-----------|-------|
| | 1 | Ja | 2 | Nej | | |
| 68. lungor (eller hjärta och lungor)? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | senast år | plats |
| 69. gallblåsa | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | senast år | plats |
| 70. njurar | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | senast år | plats |
| 71. magsäck | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | senast år | plats |
| 72. tarm | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | senast år | plats |
| 73. annan röntgenundersökning | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | senast år | plats |

Vad röntgades då?

Tidigare operationer.

75. Har ni någon gång blivit opererad i samband med att ni har varit intagen på sjukhus:

Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om svaret är "Ja", var god fyll i nedanstående!

Om svaret är "Nej", var god fortsätt till fråga nr 94!

Är ni opererad för:

	Ja 1	Nej 2			
76.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	struma	..... år	..... sjukhus
77.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	halsmändlar (tonsillier)	..... år	..... sjukhus
78.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lungsjukdom	..... år	..... sjukhus
79.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hjärtsjukdom	..... år	..... sjukhus
80.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	magsår	..... år	..... sjukhus
81.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gallbesvär	..... år	..... sjukhus
82.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	blindtarmsinflammation	..... år	..... sjukhus
83.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	annan mag- eller tarmsjukdom (ej cancer)	..... år	..... sjukhus
84.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	njurbesvär	..... år	..... sjukhus
85.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ljumskbräck	..... år	..... sjukhus
86.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ärrbräck	..... år	..... sjukhus
87.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	åderbräck benen	..... år	..... sjukhus
88.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hemorrhoider	..... år	..... sjukhus
89.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	brott på armar eller ben ("benbrott")	..... år	..... sjukhus

- Ja Nej
90. svulst (knuta, cysta) i bröstet (ej cancer) sjukhus
91. cancer i bröstet sjukhus
92. annan cancer sjukhus
93. annan operation

Om "annan operation" gjorts, var god ange vad för operation som gjorts, samt vilket år och på vilket sjukhus operationen gjordes

.....

.....

.....

94. Har ni, utan att samtidigt ha varit inlagd på sjukhus, opererats för åderbräck på benen?

Ja Nej

Tidigare strålbehandling.

95. Har ni på grund av cancersjukdom fått strålbehandling eller röntgenbehandling?

Ja Nej

Om svaret är "Ja", ange när och på vilket sjukhus behandlingen gavs.

.....

Viktsförhållanden.

96. Har er vikt ändrats de senaste 5 åren? Ja Nej

Ökat kg i vikt de senaste 5 åren

Minskat kg i vikt de senaste 5 åren

Ifylles ej

97. Vad är det mesta ni någon gång har vägt (ej under graviditet)? kg. När vägde ni det? år

98. Har ni någon gång försökt gå ner i vikt ("bantat")? "Bantar" ni nu?

Ja Nej

1

2

99. Har ni gått ner 2 kg eller mer de senaste 4 månaderna?

Ja Nej

Uppgifter angående föräldrarna

100. Angående fadern Fadern lever 1

 Fadern är död 2

 Uppgifter om 3

 fadern saknas

101. Faderns ålder nu eller vid hans död:

102. Angående modern Modern lever 1

 Modern är död 2

 Uppgifter om 3

 modern saknas

103. Moderns ålder nu eller vid hennes död:

Ifylles ej

101.

103.

Föräldrarnas sjukdomar

Har någon av edra föräldrar nu, eller har de haft (eller avlidit på grund av):

	Fader	Moder
104. Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Hjärtinfarkt ("propp i hjärtat")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. "Kärlkramp" i hjärtat (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Annan hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. Hjärnblödning eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. Kronisk njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. Sockersjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. Bröstcancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. Underlivscancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Annan cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. Plötslig död (död efter mindre än 6 timmars sjukdom; ej olycksfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om föräldrarna inte lever, var god fyll i nedanstående:

115. Dödsorsak, fader:

116. Dödsorsak, moder:

115.

116.

Uppgifter angående syskonen.

Ifylles ej

117. Antal (hel-) syskon, som lever:

117

Därav bröder:

Därav systrar:

118. Antal (hel-) syskon, som ej lever:

118

Därav bröder:

Därav systrar:

Har någon av edra syskon nu, eller har de haft (eller avlidit på grund av):

	Bröder		Hur många?	Systrar		Hur många?
	Ja	Nej		Ja	Nej	
119. Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
120. Hjärtinfarkt ("propp i hjärtat")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
121. "Kärlkramp i hjärtat"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
122. Annan hjärtsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
123. Hjärnblödning eller liknande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
124. Kronisk njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
125. Sockersjuka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
126. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
127. Plötslig död (död efter mindre än 6 tim- mars sjukdom; ej olycksfall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Uppgifter angående barnen.

128. Hur många barn har ni, som bor hemma?

128

129. Hur många barn har ni, som inte bor hemma?

129

1968/69

FYSIKALISK UNDERSÖKNING

136. Kroppskonstitution

- 1 Uttalad kyfoskolios
- 2 Uttalat trättbröst
- 3 Funnformad thorax av uttalad grad
- 4 Flera av ovanstående missformationer
- 5 Andra missformationer

Blodtryck

Sittande

Liggande

Stående

137.

--	--	--

140.

--	--	--

143.

--	--	--

Blodtryck, syst.

138.

--	--	--

141.

--	--	--

144.

--	--	--

Blodtryck, diast 1

139.

--	--	--

142.

--	--	--

Blodtryck, diast 2

145.

--	--	--

Pulsfrekvens

146.

--	--

Rumstemperatur

147. Åderbråck

- 1 Måttliga
- 2 Uttalade

148. Systoliskt biljud

- 1 finns, med p. m. över apex
 2 finns, med p. m. över aortaostiet
 3 finns, med p. m. över pulmonalisostiet
 4 finns, med p. m. utefter vänster sternalrand
 5 finns, samma styrka över apex och aortaostiet
 6 finns, med p. m. annat ställe:

149. Diastoliskt biljud

- 1 finns, med p. m. över apex
 2 finns, med p. m. över aortaostiet
 3 finns, med p. m. över pulmonalisostiet
 4 finns, med p. m. utefter vänster sternalrand
 5 finns, samma styrka över apex och aortaostiet
 6 finns, med p. m. annat ställe:

Toner150. Accentuering

- 1 Acc. A₂
 2 Acc. P₂
 3 1 + 2

151. Klavyning

- 1 Klaven förstatan
 2 Klaven andratan
 3 1 + 2

152. Patologiska biljud?

- 1 Sannolikt helt benigt, föranleder ingen åtgärd
 2 Något suspekt, föranleder dock ej utredning primärt
 3 Suspekt patologiskt, blir föremål för fortsatt utredning
 4 Suspekt patologiskt, tidigare utrett, enligt patienten benigt
 5 Suspekt patologiskt, tidigare utrett, bedömt som patologiskt

153. Biljud över carotiderna

- 1 finns, men av samma karaktär som över oer
 2 finns, utan motsvarighet över oer, svagt sida:
 3 finns, utan motsvarighet över oer, kraftigt sida:

Fotoulsationer

154. Höger

155. Vänster

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

Arteria dorsalis pedis saknas
 Arteria tibialis posterior saknas
 Båda saknas

156. Sonxanthom, xanthelasmata, arcus corneae

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"/>

Har xanthom
 Har xanthelasmata
 Har arcus corneae
 Har xanthom och xanthelasmata
 Har xanthom och arcus corneae
 Har xanthelasmata och arcus corneae
 Har xanthom, xanthelasmata och arcus corneae

157. Bukpalpation

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>

Anmärkningsvärda fynd:
 Anmärkningsvärda fynd, föranlett fortsatt utredning:

158. Andra anmärkningsvärda palpationsfynd

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>

Thyroidea
 Mammae
 Lymfkörtlar
 Annat anmärkningsvärt
 Kombination av 1 - 4

159. Auskultationsfynd från lungorna

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>

Rassel (Lokalisation:)
 Rhonci
 Andra anmärkningsvärda fynd:

160. Leder

1	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>

Lätt svullnad av en eller flera fingerleder
 Uttalad svullnad av en eller flera fingerleder
 Svullnad av fingerlederna + rodnad och/eller värmeökning
 Typisk spelformad uppdrivning av fingerlederna
 D/c + ulnardeviation av fingrarna

Ögonbottenar

161. Artärerna

- 1 något smala
- 2 smala
- 3 Ej insyn

162. Fokala förträngningar ("focal narrowings")

- 1 antydde finns
- 2 tydliga finns

163. Reflexstriaman

- 1 något breddökad
- 2 tydligt breddökad

164. Koroneringsfenomen

- 1 antydde finns
- 2 tydliga finns

165. Andra Ögonbottenförändringar

- 1 blödningar
- 2 exsudat
- 3 blödningar + exsudat
- 4 ödematös papill
- 5 staspapill med protrusion
- 6 1 + 2 + 4 eller 5

Diverse.

Angina pectoris

186.

Ja Nej

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

1. Har ni någon gång haft smärta eller obehag i bröstet?
2. Har ni någon gång haft tryck eller tryckkänsla i bröstet?
3. Får ni det, när ni går i uppföresbackar eller skyndar er?
4. Får ni det, när ni går i vanlig takt på jämn mark?

1 Går aldrig i uppföresbackar eller skyndar sig

Vad gör ni, om ni får det, när ni går?

- | | | |
|---|--------------------------|------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Stannar |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Saktar ner |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Fortsätter |

189. Om ni stannar, hur går det då?

Hur snart?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Bevären lättar inom 10 minuter |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Bevären lättar efter mer än 10 minuter |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Bevären lättar inte |

Lättar
Lättar inte

Inom 10 minuter
Mer än 10 minuter

193. Vill ni visa mig, var ni brukar känna dessa besvär?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sternum, övre och mellersta delen |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sternum, nedre delen |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Vänstra främre brösthalvan |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Vänster arm |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Halsen och käken |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Sternum, övre eller mellersta, + utstrålning till arm eller hals |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Sternum, nedre delen, + utstrålning |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Vänstra främre brösthalvan + utstrålning |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Annan plats (se figur) |

Får ni ofta besvär, när ni sitter och ligger (minst 4 ggr senaste månaden)?
Händer detta i regel i samband med att ni är upphetsad eller upprörd?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Kommer i sittande och liggande, vid upphetsning och upprördhet |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Kommer i sittande och liggande, utan upphetsning eller upprördhet |

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Använder inga mediciner mot bröstsmärtorna |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Använder inte nitroglycerin men andra mediciner |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Använder nitroglycerin, som hjälper |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Använder nitroglycerin, som dock inte hjälper |

173. Infarkt

Ja Nej

1	0
---	---

1. Har ni någon gång haft svår smärta tvärs över bröstet som varat en halvtimme eller längre?

2	0
---	---

2. Har ni haft sådana smärtattacker flera gånger?

Hur många?

Första gången när?

174. Claudicatio intermittens1 Suspekt anamnes för claudicatio intermittens2 Säker anamnes för claudicatio intermittens175. Dyspnoe

Ja Nej

1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

1. Besväras ni av andfåddhet när ni skyndar er på slät mark eller går uppför en lätt stigning?

2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

2. Blir ni andfådd, när ni går i sällskap på slät mark i vanlig takt

3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

3. Får ni stanna på grund av andfåddhet, när ni går i er egen takt på slät mark?

4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

4. Är ni andfådd, när ni tvättar er eller när ni klär er?

(1 = grad II enl. G Tibblins gradering etc.)

176. Bensvullnad

Har ni någon gång haft svullna vrister eller ben?

Får ni det på morgonen, när ni stiger upp, eller frampå eftermiddagen eller kvällen?

1 Har haft det frampå eftermiddagen eller kvällen2 Har haft det vid uppstigandet på morgonen3 Har haft det både på morgonen och på kvällen

Om bensvullnad: Första gången:

Senast:

177. Nykturi

Hur många gånger får ni som regel gå upp och kasta vatten på nätterna?

178. Har ni någon gång sökt läkare för hjärtat eller för blodtrycksförhöjning?1 Sökt läkare för hjärtat2 Sökt läkare för blodtrycksförhöjning3 Sökt läkare för hjärtat och för blodtrycksförhöjning

Namn och adress på läkaren:

När sökte ni läkare sist för detta:

Vad satte läkaren för diagnos:

Luftvägsbesvär179. Hosta

Ja Nej 0. Nej

- | | Ja | Nej | 0. Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Brukar Ni hosta det första ni gör på morgonen vintertid? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Brukar Ni hosta under dagen eller under natten vintertid? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 1 + 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Brukar ni hosta på detta sätt de flesta dagar under tre månader av året? |

180. Upphostningar

Ja Nej 0. Nej

- | | Ja | Nej | 0. Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Brukar Ni hosta upp något det första ni gör på morgonen vintertid? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Brukar Ni hosta upp något under dagen eller under natten vintertid? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. 1 + 2 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Brukar ni rå upphostningar de flesta dagar under tre månader av året? |

181. Obstruktiva symptom

Ja Nej 0. Nej

- | | Ja | Nej | 0. Nej |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Väser eller piper det i bröstet någon gång? |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Händer det vid förkylningar? |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Kan det hända oberoende av förkylning? |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Väser och piper det de flesta dagarna i bröstet? |
| 5 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. D:o och använder asthma-mediciner men ej cortisonpreparat |
| 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. D:o och använder asthmamediciner inklusive cortisonpreparat |

Rökning182. Rökvanor beträffande cigaretter

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Rökt tidigare men ej de senaste 15 åren |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Rökt tidigare men ej senaste året |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Slutat röka under senaste året |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Röker fortfarande (cigaretter), men drar inte halsbloss |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Röker fortfarande (cigaretter), och drar halsbloss |

183. Rökvanor beträffande cigarrer och pipa

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Röker pipa eller cigarrer men ej cigaretter |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Röker cigaretter (ej halsbloss) och dessutom cigarrer eller pipa |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Röker cigaretter (halsbloss) och dessutom cigarrer eller pipa |

184.

AA219

För hur många år sedan var det som ni började röka?

185.

AA220

Hur många månader var det sedan ni slutade röka?

186.

AA221

Hur många cigaretter röker ni per dag?

Hypertoni

187. Ärskädet

AA222

- 1 Hypertoni i släkten, men ej hos föräldrar eller syskon
- 2 Syskon har hypertoni
- 3 En av föräldrarna har hypertoni
- 4 Syskon och någon av föräldrarna har hypertoni
- 5 Båda föräldrarna har hypertoni
- 6 Båda föräldrarna och något eller flera av syskonen har hypertoni

188 a. Även hypertoniämnena

AA223

- Inte ht
- 1 Haft hypertoni i samband med graviditet men ej annars
 - 2 Haft hypertoni tidigare men tror sig inte ha det nu
 - 3 Vet sig om att ha hypertoni men har inga mediciner
 - 4 Har hypertoni, använder thiazider
 - 5 Har hypertoni, har blodtryksmediciner men ej thiazider
 - 6 Har hypertoni, använder thiazider och andra blodtryksmediciner

188 b.

AA224

- 1 Tar kalium
- 2 Dio, gjort så även i dag

189. Symptom

AA225

- 1 Besväras av morgonhuvudvärk
- 2 Besväras av huvudvärk ofta
- 3 Besväras av yrsel av diffus typ
- 4 Besväras av yrsel av rotatorisk typ
- 5 Besväras av huvudvärk och yrsel av diffus typ
- 6 Besväras av huvudvärk och yrsel av rotatorisk typ

Njursjukdomar

190. Tickare tänkbar nefritanslag

- 1 Haft scharlakansfeber
- 2 Haft halainfektion med feber ("halsfluss") någon gång
- 3 Haft halainfektion med feber ("halsfluss") flera gånger
- 4 Haft scharlakansfeber och "halsfluss"
- 5 Haft Bronchit
- 6 Haft "Äggvita" i samband med något av ovanstående
- 7 Äggvita i övrigt

- 1 "Äggvita" i samband med graviditet
- 2 "Äggvita" i samband med två eller flera graviditeter
- 3 "Äggvita" och "svullnad" i samband med graviditet
- 4 "Äggvita" + blodtrycksförhöjning vid graviditet
- 5 "Svullnad" och blodtrycksförhöjning vid graviditet
- 6 "Äggvita" + "svullnad" + blodtrycksförhöjning vid graviditet
- 7 "Äggvita" och blodtrycksförhöjning vid flera graviditeter
- 8 Endast blodtrycksförhöjning i samband med graviditet

192. Hösta noterade systoliska tryck vid graviditet

193. Evolutionen av nefritanslag

- 1 Haft tecken på urinvägsinfektion (sveda vid vattenkastning, tätta uränningar, grumlig eller illaluktande urin)
- 2 Läkarkonstaterad (-behandlad) urinvägsinfektion
- 3 Upprepade urinvägsinfektioner Senast:
- 4 Urinvägsinfektion + flanksmärtor och feber
- 5 Läkarkonstaterad (-behandlad) pyelit
- 6 En pyelitattack; upprepade urinvägsinfektioner
- 7 Upprepade pyelitattacker Senast:

194. Tänkbar fenacetinanslag

- 1 Haft attacker med svår halvsidig huvudvärk periodvis (migrän) men ej tagit mediciner mot det
- 2 D:o och använt huvudvärktabletter, sannolikt dock ej fenacetin
- 3 Haft svåra menstruationsmärter, men ej använt mediciner
- 4 Haft mens-smärter, använt mediciner, troligen dock ej fenacetin
- 5 Använt fenacetin mot migrän Mängd:
- 6 Använt fenacetin mot mens-smärter Mängd:
- 7 Fenacetin mot både migrän och mens-smärter Mängd:
- 8 Fenacetin av annan anledning Mängd:
- 9 Både migrän- och mens-smärter men sannolikt ej fenacetin

Diabetes mellitus195. Arv

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Föräldrar | ..... |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sykon | ..... |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Barn | ..... |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Kombination bland 1 - 3 | |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Båda föräldrarna | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Andra släktingar | |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Vet ej | |

196. Antal barn, som vid födelsen väggt mer än 4 kg

197. Antal barn, som vid födelsen väggt mer än 4,5 kg

.....

198. Symptom etc.

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Symptom suspekta för renal glykosuri | |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Anamnes suspekt för graviditets-glykosuri | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Anamnes suspekt för diabetes mellitus (törst, stora urinmängder) | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Diabetes, icke behandlad | Sedan: |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Diabetes, dietbehandlad | Sedan: |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Diabetes, tablettbehandlad | Sedan: |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Diabetes, insulinbehandlad | Sedan: |

Ad 1: Har det vid något tillfälle visat sig, att ni haft socker i urinen?

Ad 2: Har det vid graviditet varit socker i urinen, hur ofta .

Ad 3: a) Har ni på senare tid känt er onormalt törstig?

b) Har urinmängderna på senaste tiden varit onormalt stora?

199. Divorce. Extraslag från hjärtat

Har ni någon gång märkt, att hjärtat slagit oregelbundet eller att det slagit extraslag?

- | | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Märkt extraslag eller oregelbundenhet vid sänggående |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Märkt dylikt under dagen |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Märkt dylikt både under dagen och vid sänggåendet |

Leder200. Arthrosis deformans

Har ni någon gång känt värk eller stelhet i knä- eller höftleder?

- | | |
|---|--|
| 1 | Har känt värk eller stelhet i knä- eller höftleder någon gång men aldrig haft några svårare besvär |
| 2 | Har fått söka eller har allvarligt övervägt att söka läkare för värk från knä- eller höftleder |
| 3 | Har tidigare fått använda mediciner mot dylika besvär |
| 4 | Använder mediciner mot dylika besvär |

201. Artrit-besvär

Har ni någon gång haft besvär från fingerlederna?

- | | |
|---|---|
| 1 | Under många år känt lätt stelhet i fingerlederna och gör så fortfarande, dock aldrig svårare besvär, ej behövt söka läkare därför |
| 2 | Tidigare haft lätta dylika besvär men ej de senaste 5 åren |
| 3 | Tidigare haft besvär från fingerlederna och sökt läkare eller borde ha sökt läkare därför, inga nämnvärda besvär senaste 5 åren |
| 4 | Fått en del besvär från fingerlederna de senaste 5 åren, dock ej behövt söka läkare för dessa besvär |
| 5 | Fått besvär från fingerlederna de senaste 5 åren, sökt eller allvarligt övervägt söka läkare för dessa besvär |

202. Terapi Har besvär, sökt eller allvarligt övervägt söka läkare, använder:

- | | |
|---|----------------------|
| 1 | inga mediciner |
| 2 | salicylika |
| 3 | butazolidin-preparat |
| 4 | kortisonpreparat |

205. Kaffe

- 1 Dricker någon kopp kaffe om dagen men inte mer
- 2 Dricker 2 - 3 koppar kaffe per dag
- 3 Dricker 4 - 6 koppar kaffe per dag
- 4 Dricker 7 - 10 koppar kaffe per dag
- 5 Dricker 11 - 20 koppar kaffe per dag
- 6 Dricker mer än 20 koppar kaffe per dag

206. Socker i kaffet

Hur många sockerbitar brukar ni ta i varje kaffekopp?

207. Sötsaker

- 1 Äter en eller ett par kakor eller karameller om dagen
- 2 Äter söta kakor eller andra sötsaker flera gånger dagligen
- 3 Är mycket förtjust i sötsaker och äter mycket sådant mest varje dag

208. Salt

- 1 Brukar tycka, att maten är för salt
- 2 Brukar tycka, att maten är "lagom"
- 3 Brukar salta extra på maten, men brukar smaka först
- 4 Brukar salta extra på maten utan att smaka föret

Alkohol

Använder:

209. Öl eller starköl

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

210. Vin

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

211. Starkepryt

- 1 1. tidigare men ej senaste 10 åren
- 2 2. tidigare men ej senaste året
- 3 3. någon gång i veckan
- 4 4. någon gång i veckan
- 5 5. några gånger i veckan
- 6 6. dagligen

-2-

Eventuell ändring av symptom (eller nytillkomna) efter menopausen

- 1 Har fått besvär från fingerlederna efter menopausen /eller tidigare besvär har ökat
- 2 Tidigare besvär har minskat eller försvunnit efter menopausen
- 3 Oförändrat

Symptomdebut för eventuella besvär

--	--	--

För hur länge sedan började de nuvarande besvären från fingerlederna (månader)?

Axelleder

- 0 Aldrig haft besvär
- 1 Tidigare besvär, ej nu
- 2 Har smärta/ömhet nu
- 3 D:o + rotationsinskränkning

Morgonstelhet

- 0 Aldrig haft besvär
- 1 Tidigare haft besvär
- 2 Har morgonstelhet nu

Knäleder

- 0 Ingen ömhet, ej krepitationer
- 1 Ömhet
- 2 Krepitationer
- 3 Ömhet + krepitationer

Handleder

- 0 Aldrig haft besvär
- 1 Tidigare haft besvär
- 2 Har besvär
- 3 Har besvär, haft radiusfraktur

YrkesaktivitetGrupp IÖvervägande stillasittande arbete

t. ex. hemmafru utan hemmavarande barn med städhjälp; skrivbordsarbete utan nämnvärt arbete i hemmet därvid etc.

Grupp IISittande eller stående, viss gång

t. ex. affärsbiträde, lätt industriarbete, lärare; stillasittande arbete under dagen men en del arbete i hemmet dessutom; hemmafru, som städar och tvättar själv, med högst ett barn.

Grupp IIIGående, viss lyftning etc.

t. ex. sjukvårdsarbete, brevbärare, tyngre industriarbete; hemmafru med 2-3 barn utan hemhjälp; yrkesarbete, som skulle komma i grupperna I eller II, men där man efter arbetet får sköta hemmet och ta hand om 2 eller flera barn.

Grupp IVTungt kroppsarbete

t. ex. tungt städningsarbete borta + att sköta egna hemmet och egna barn; yrkesgrupp, som skulle hört hemma i grupp III, men där dessutom 2 eller flera barn får skötas.

<u>Ålder</u>	1 Grupp I	2 Grupp II	3 Grupp III	4 Grupp IV
20-38	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39-60	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
senaste 12 månaderna	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FritidsaktivitetAktivitetsgrupp INästan helt inaktiv

t. ex. läsning, TV, bio.

Aktivitetsgrupp IINågon fysisk aktivitet åtminstone 4 timmar/vecka

t. ex. cykling eller promenad till arbetet eller på fritid, promenader med familjen.

Aktivitetsgrupp IIIRegelbunden fysisk aktivitet

t. ex. trädgårdsarbete, golf, löpning, motionsgymnastik, tennis, jazzbalett.

Aktivitetsgrupp IVRegelbunden hård fysisk träning och tävling

t. ex. löpning flera gånger per vecka, orientering, simning flera gånger per vecka, tävlingsidrott.

<u>Ålder</u>	1 Grupp I	2 Grupp II	3 Grupp III	4 Grupp IV
20-38	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
39-60	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
senaste 12 månaderna	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Period av stress (en månad eller mer)

Har ni upplevt någon period av stress,
och med stress menar vi, att ni varit:

retlig

spänd

nervös

ängslig

rädd

ångestfylld

sömlös

i samband med oro för:

arbetet

hälsan

familjen

konflikt med omgivningen) i hem-
met, på arbetet)

annan orsak

Har aldrig upplevt någon period av stress:

- | | | | |
|--|------|---|--------------------------|
| 1. Har upplevt period av stress | 218. | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Har upplevt period av stress under sista fem åren | | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Har upplevt flera perioder av stress under sista fem åren | | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Lever under ständig stress det sista året | | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Lever under ständig stress de sista fem åren | | 5 | <input type="checkbox"/> |

Inkomstförhållanden

219. Uppskattad egen bruttointkomst per år (i tusen kronor):

--	--	--

220. Makens uppskattade bruttointkomst per år (i tusen kronor):

--	--	--

1968/69

Ej lämnat urinprov

Urinprover

Kästat vatten senast kl.

Urinprov lämnat kl. 232

Druckit på morgonen kl. 223

Urin

	Spår	Pos
	1	2
pH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glykos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1
Heller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1
T-reagens: /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1
Urinsocker:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1

- 1 Ingen värt
- 2 Värt, ej signif.
- 3 Värt, "godkännvärde"
- 4 Värt, sign. 1 prov
- 5 Värt, sign. 2 prov

Sediment

Röda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epitel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cylindrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bakterier ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	237	238
0. Galt \leq 1000 "Andra" $>$ 1000	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
1. Coliforma bakt.	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Enterococcus	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Proteus	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Pyocyanus	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Komb. eller flera stammar	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. Andra	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

1. $<$ 1000	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. 1000-9000	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. 10.000-60.000	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. 70.000-90.000	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. 100.000-190.000	5 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6. 200.000-900.000	6 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. 1 milj-9 milj	7 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>
8. 10 milj-99 milj	8 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>
9. \geq 100 milj	9 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

1. Sulfa-resistenta	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
2. Ampipenin-res.	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. 1 + 2	3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
4. Tetracyclin-res.	4 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Odlina

Odling 1 (.....):

Res. best. 1:

Odling 2 (.....):

Res. best. 2:

68/69

Urinprover, special

13 timmar törst, osmolalitet I	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					243
Stickprov, osmolalitet	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					244
13 timmar törst, osmolalitet II	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					245
Pitressintannat-test	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					246
Dygnsmängd	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					247
Mikroöggvita, dygnsmängd	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					248
Mikroöggvita, stickprov	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					249
Kreatinin, urin	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					250
Kreatinin, serum	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					

.....
Namn

VILO-EKG

1) No ECG 2) ECG 1.0 3) Impossible 800

I	(1-21)	.....	Q/QS patterns
II	(1-3)	.....	QRS Axis deviation
III	(1-3)	.....	High Amplitude R-wave
IV	(1-4)	.....	ST Depressions
V	(1-3)	.....	T wave items
VI	(1-5)	.....	A-V conduction defect
VII	(1-4)	.....	Ventricular conduction defect
VIII	(1-10)	.....	Arrhythmias
IX			Miscellaneous items
X	(1-10)	.....	Ectopic Beats