

Hälsoundersökning av kvinnor  
i Göteborg 1968 - 69

Gynekologiskt frågeformulär

Svarsdatum: / 19.....

Gynekologiskt frågeformulär

Var vänlig besvara följande frågor. På vissa av dem ber vi Er själva skriva ett svar, men på de allra flesta räkner det med att markera ett kryss i den eller de rutor Ni anser stämmer bäst in på Er. Det är av stor vikt att Ni svarar uppriktigt. Givetvis råder absolut tystnadsplikt för undersökningspersonalen. Är något oklart, omtala detta då Ni lämnar in häftet vid Ert besök!

**A**

Om Ni någon gång haft missfall, fått legal abort eller fött barn, ber vi Er besvara nedanstående frågor. I annat fall fortsätt till fråga 5!

**1** Hur många missfall har Ni haft ? Svar: ..... st. GA12

år	sjukhus	
a) .....	.....	GA13
b) .....	.....	GA14
c) .....	.....	GA15

**2** Har Ni någon gång fått legal abort ? GA16

Om Ni svarat ja: Ja  Nej

år	sjukhus	
a) .....	.....	GA17
b) .....	.....	GA18

**3** Hur många barn har Ni fött ? GA19

..... st

	varav tvillingar	..... gånger	GA20
år	födelsevikt	sjukhus	
Barn nr 1: GA21	GA22	.....	
Barn nr 2: GA23	GA24	.....	
Barn nr 3: GA25	GA26	.....	
Barn nr 4: GA27	GA28	.....	
Barn nr 5: GA29	GA30	.....	

4 Hade Ni under någon av graviditeterna

a) högt blodtryck ?

GA31

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

b) äggvita i urinen ?

GA32

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

c) svullnad i hela kroppen ?

GA33

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

Har Ni för något eller några av ovanstående symptom värdats på sjukhus ?

GA34

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

Om Ni svarat ja:

är sjukhus

a) GA35

b) GA36

# B

5 När Ni som flicka fick Er första menstruation, hur gammal var Ni då ?

GA37 ..... år

6 Har Ni fortfarande menstruationer ?

GA38

Om Ni svarat nej, fortsätt till fråga 20!

Om Ni svarat ja, fortsätt med närmast följande frågor!

0 = ja

<input type="checkbox"/>	Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	1 = nej, upphört sedan < 1 år	2 = nej, upphört sedan ≥ 1 år (GA62A>11)

7 Vilket datum fick Ni Er senaste menstruation ?

GA39

.....

8 Hur många dagar varar i allmänhet Era menstruationer ?

GA43

..... dagar

9 Har det under det senaste året någon gång hänt, att menstruationen varat 14 dagar eller mera ?

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

Om Ni svarat ja: Hur många gånger ?

..... gånger

10 Hur många dagar brukar i allmänhet förflyta från en menstruations första dag till nästa menstruations första dag ?

GA46

..... dagar

11 Har det någon gång under det senaste året hänt, att mellanrummet mellan en menstruations första dag och nästa menstruations första dag varit

- |                             |      |                                |                         |                                 |
|-----------------------------|------|--------------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| a) 2 veckor eller mindre ?  | GA47 | Ja<br><input type="checkbox"/> | ca GA48<br>..... gånger | Nej<br><input type="checkbox"/> |
| b) 2 månader eller större ? | GA49 | <input type="checkbox"/>       | ca GA50<br>..... gånger | <input type="checkbox"/>        |

12 Har Ni mellan menstruationerna någon gång under det senaste året haft

- |                         |                                |                                 |
|-------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| a) sömnlidningar ?      | Ja<br><input type="checkbox"/> | Nej<br><input type="checkbox"/> |
| b) drusaktig flytning ? | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>        |

13 Brakar Ni ha smärtor i samband med menstruationerna ?

- |               |                          |                          |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|               | Ja, oftast               | Ja, ibland               | Nej                      |
| a) före mens  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) under mens | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14 Jämfört med tidigare, anser Ni att eventuella menstruationssmärter under det senaste året

- |                             |                          |
|-----------------------------|--------------------------|
| a) <del>är</del> ökat ?     | <input type="checkbox"/> |
| b) övat ?                   | <input type="checkbox"/> |
| c) varit ungefär likadana ? | <input type="checkbox"/> |

15 Anser Ni att Era menstruationer för närvarande är

- |                |      |                                |
|----------------|------|--------------------------------|
| a) sparsamma ? | GA51 | Ja<br><input type="checkbox"/> |
| b) måttliga ?  |      | <input type="checkbox"/>       |
| c) rikliga ?   |      | <input type="checkbox"/>       |

16 Jämfört med tidigare, har Era menstruationer under det senaste året varit

- |                  |      |                                |
|------------------|------|--------------------------------|
| a) sparsammare ? | GA52 | Ja<br><input type="checkbox"/> |
| b) lika stora ?  |      | <input type="checkbox"/>       |
| c) rikligare ?   |      | <input type="checkbox"/>       |

17 Åter Ni för närvarande någon medicin mot

- |                                     |                          |                          |                 |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
|                                     | Ja                       | Nej                      | Om ja, vilken ? |
| a) menstruationssmärter ?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | GA53 .....      |
| b) alltför rikliga menstruationer ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | GA54 .....      |
| c) önskad graviditet (p-piller) ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | GA55 .....      |

18 Hur ställer Ni Er till att menstruationerna en dag kommer att upphöra ?

- |  |                          |                    |
|--|--------------------------|--------------------|
| a) Det är mig likgiltigt om jag har menstruation eller ej      | <input type="checkbox"/> | GA56? }<br>GA57? } |
| b) Jag skulle efter den dagen sakna menstruationerna           | <input type="checkbox"/> |                    |
| c) Jag skulle efter den dagen <u>ej</u> sakna menstruationerna | <input type="checkbox"/> |                    |
| d) Jag ser <u>ej</u> fram mot övergångsåren med obehag.        | <input type="checkbox"/> |                    |
| e) Jag ser fram mot övergångsåren med obehag.                  | <input type="checkbox"/> |                    |

19 Hur blir Ni till humöret före en menstruation ?

- |                |      |                          |                          |
|----------------|------|--------------------------|--------------------------|
| a) irriterad ? | GA58 | Ja                       | Nej                      |
| b) argstint ?  | GA59 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) nedstämd ?  | GA60 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om Ni svarat ja på något eller några av a), b) eller c) ovan:

Anser Ni att detta (desse) symptom vållar Er problem hemma eller i arbetet ?

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

OBS! Ni som nu har besvarat frågorna 7 - 19 ombedas fortsätta med fråga 23 och de därpå följande!

=====

20 Har Era menstruationer upphört sedan

- |                              |      |                          |       |                            |
|------------------------------|------|--------------------------|-------|----------------------------|
| a) ett halvt år eller mera ? | GA62 | Ja                       | GA62A | Månader sedan mens upphört |
| b) mindre än ett halvt år ?  |      | <input type="checkbox"/> |       |                            |

GA63 ÅMM GA64 År GA65 Mån

21 Ange månad och år för Er sista menstruation:

mån:..... år:.....

22 Era menstruationer har alltså upphört. Vad tycker Ni om detta ?

- |   |        |                          |
|---|--------|--------------------------|
| a) Det är mig likgiltigt om jag har menstruation eller ej | } GA66 | <input type="checkbox"/> |
| b) Jag saknar menstruationerna                            |        | <input type="checkbox"/> |
| c) Jag saknar <u>ej</u> menstruationerna                  |        | <input type="checkbox"/> |

C

23 Känner Ni ibland att Ni blir varm och svettig och rodnar  
 hastigt utan särskild anledning, dvs. får "värmebyar" ?  
 Om Ni svarat nej, fortsätt med fråga 30!  
 Om Ni svarat ja, fortsätt med följande frågor!

GA67

0	1
Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24 Har Ni besvärats av dessa värmebyar nästan hela livet ?

GA68

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

25 När fick Ni första gången dessa ?

GA69

månad: GA71 år: GA70

26 Hur ofta återkommer de ?

- a) många gånger per dygn
- b) någon gång per dygn
- c) några gånger i veckan
- d) några gånger i månaden
- e) nära sällan

  
  
  
  


<input type="checkbox"/>	ökat
<input type="checkbox"/>	minskat
<input type="checkbox"/>	oförändrad

27 Hur många värmebyar hade Ni under det senaste dygnet ?

GA74

cå ..... st.

28 Ger värmebyarna Er något eller några av nedanstående besvär ?

- a) stör sömnen, svårt att sova
  - b) tvingas byta nattkläder p.g.a. svett
  - c) svårt att klara av Ert dagliga arbete
  - d) svårt att vistas bland människor
  - e) .....
- (ange här av andra störningar av värmebyarna)

GA75  
 GA76  
 GA77  
 GA78  
 GA79

0	1
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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29 Har Ni sökt läkare p.g.a. värmebyarna ?

GA80

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

29. Forts.

Om Ni svarat ja på föregående sida: var det hos en  
 allmänpraktiker ? GA81  
 psykiater ? GA82  
 gynekolog ? GA83

Ja   
 Nej   
 Ja  Nej   
 Ja  Nej

Fick Ni någon medicin mot värmebyarna ? GA84

I så fall, vilken ? .....

Tycker Ni att den hjälpt mot värmebyarna ? GA85

Ja  Nej  Vet ej

30 Ni som nu befinner Er i de s.k. övergångsåren: besvara följande

- a) Jag tycker ej övergångsåren är obehagliga GA87
- b) Jag tycker övergångsåren är obehagliga

31 Ni som icke längre har övergångsbesvär besvara nedanstående

- a) Jag hade svåra besvär av värmebyar i övergångsåren GA88  1
- b) Jag hade bara lätta besvär av värmebyar i övergångsåren  2

32 Besvras Ni ofta av att känna Er på följande sätt:

- a) jäktad eller irriterad ? GA89
- b) rastlös, svårt att koppla av ? GA91
- c) kvällstrött ? GA93
- d) morgontrött ? GA95

Ja Har känt mig så sedan  
 ca. år ..... GA90   
 ca. år ..... GA92   
 ca. år ..... GA94   
 ca. år ..... GA96

**33** Brukar Ni för närvarande på morgnarna känna Er

- |                          | GA97 | Ja                                  | Har känt mig så sedan |
|--------------------------|------|-------------------------------------|-----------------------|
| a) missmodig och nere ?  | 1    | <input type="checkbox"/>            | ca år .....           |
| b) pigg och företagsam ? | 2    | <input type="checkbox"/>            | ca år .....           |
| c) ingetdera ?           | 3    | <input checked="" type="checkbox"/> |                       |

GA98 Missmodig och nere morgon, sedan antal år \_\_\_\_\_

GA99 Pigg och företagsam morgon, sedan antal år \_\_\_\_\_

**34** Brukar Ni för närvarande på dagarna känna Er

- |                          | GA100 | Ja                                  | Har känt mig så sedan |
|--------------------------|-------|-------------------------------------|-----------------------|
| a) missmodig och nere ?  | 1     | <input type="checkbox"/>            | ca år .....           |
| b) pigg och företagsam ? | 2     | <input type="checkbox"/>            | ca år .....           |
| c) ingetdera ?           | 3     | <input checked="" type="checkbox"/> |                       |

GA101 Missmodig och nere dagarna, sedan antal år \_\_\_\_\_

GA102 Pigg och företagsam dagarna, sedan antal år \_\_\_\_\_

**35** Brukar Ni för närvarande på kvällarna känna Er

- |                          | GA103 | Ja                                  | Har känt mig så sedan |
|--------------------------|-------|-------------------------------------|-----------------------|
| a) missmodig och nere ?  | 1     | <input type="checkbox"/>            | ca år .....           |
| b) pigg och företagsam ? | 2     | <input type="checkbox"/>            | ca år .....           |
| c) ingetdera ?           | 3     | <input checked="" type="checkbox"/> |                       |

GA104 Missmodig och nere kvällarna, sedan antal år \_\_\_\_\_

GA105 Pigg och företagsam kvällarna, sedan antal år \_\_\_\_\_

GA106

**36** När det gäller vardagens problem, brukar Ni i allmänhet

vara ängslig och oroa Er i förväg inför dem ?

Ja  Nej

Om Ni svarat ja: sedan hur länge ?

Sedan: ..år.... GA107 .....



37 Har Er vikt förändrats under det senaste året ?

- |               |       |   |                                     |          |
|---------------|-------|---|-------------------------------------|----------|
| a) ökat       | GA108 | 1 | <input checked="" type="checkbox"/> | ..... kg |
| b) minskat    |       | 2 | <input type="checkbox"/>            | ..... kg |
| c) oförändrad |       | 3 | <input type="checkbox"/>            |          |

GA109 Viktförändring senaste året

GA110 Viktförändring senaste året

38 Besväras Ni av domningar eller stickningar i händer - fingrar eller  
fötter - tår

- |                             |       |   |                                     |
|-----------------------------|-------|---|-------------------------------------|
|                             |       |   | Ja                                  |
| a) dagligen ?               | GA111 | 1 | <input type="checkbox"/>            |
| b) några gånger per vecka ? |       | 2 | <input type="checkbox"/>            |
| c) några gånger per månad ? |       | 3 | <input type="checkbox"/>            |
| d) någon enstaka gång ?     |       | 4 | <input type="checkbox"/>            |
| e) aldrig ?                 |       | 5 | <input checked="" type="checkbox"/> |

Hur länge har Ni känt på detta sätt ?

Sedan: ca år .....

GA112

39 Besvärar Ni av		Ja, ofta	Ja, ibland	Nej
a) kalla händer eller fötter ?	GA113	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) yrsel ?	GA114	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) migränliknande (halvsidig) huvudvärk ?	GA115	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) annan huvudvärk ?	GA116	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) värk i flera leder (hand-, armbågs-, axel-, fot-, knä- och höftled) utan föregående skada ?	GA117	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ryggvärk ?	GA118	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) hjärtklappning ?	GA119	1	2	3

40 Har Ni det senaste året varit sjukskriven för ryggsont ?		Ja	Nej
	GA120	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om Ni svarat ja: var någon period längre än 2 veckor ?		GA121	
		1	2

D

41 Känner Ni värk eller ömhet i det ena eller i båda bröstena		Ja	Nej
	GA122	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) nästan dagligen ?	1 <input type="checkbox"/>	1	2
b) några gånger i veckan ?	2 <input type="checkbox"/>		
c) några gånger i månaden ?	3 <input type="checkbox"/>		
d) någon gång i månaden ?	4 <input type="checkbox"/>		
e) mera sällan ?	5 <input type="checkbox"/>		
Hur länge har Ni känt på detta sätt ?		Sedan... ca år GA124	

42 Har Ni opererats för ofarlig knuta i något av bröstena ?		Ja	Nej
a) höger	år: GA126	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) vänster	år: GA127	1	2
		sjukhus:.....	
		sjukhus:.....	

43 Har Ni opererats för cancer i något av bröstena ?		Ja	Nej
a) höger	år: GA129	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) vänster	år: GA130	1	2
		sjukhus:.....	
		sjukhus:.....	

44 Har man kun upptäcka eventuella knutor om man själv känner igenom bröstet. Har Ni gjort detta någon gång ?

- a) aldrig  0
- b) en gång  1 GA131
- c) några gånger  2
- d) regelbundet några gånger pr år  3
- e) regelbundet varje månad  4

Har Ni i så fall känt något som Ni ej rådfrågat läkare om ?

GA132

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

45 Har Ni det senaste året observerat någon blödning från bröstvärtorna ?

- a) Ja, höger GA133  1=ja 2=nej
- b) Ja, vänster GA134  1=ja 2=nej
- c) Nej

46 För Er som fått barn:

Har längde ammade Ni varje barn ? (Om Ni ej ammat, markera med nolla!)

- GA135 Barn nr 1: ..... mån. GA136 Barn nr 2: ..... mån.
- GA137 Barn nr 3: ..... mån. GA138 Barn nr 4: ..... mån.
- GA139 Barn nr 5: ..... mån. ....

47 Har Ni i samband med amning haft bröstbula ?

- a) Ja, i höger bröst GA140  1=ja 2=nej
- b) Ja, i vänster bröst GA141  1=ja 2=nej
- c) Nej

**E**

48 Besvärar Ni ibland av tryck- eller tyngdkänsla i underlivet, vare sig Ni har ansträngt Er eller ej ?

GA142

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

49 Har Ni på senaste tiden haft klåda eller svada i underlivet ?

GA143

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

Bevara nedanstående fråga med ja eller nej

50 Har Ni svårigheter i samband med vattenkastning? Markera i så fall de besvär Ni ibland brukar ha!

- |  | Ja                       | Nej                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) vid behov av att kasta vatten (urinträngning) avgår urin i kläderna utan att Ni kan förhindra det GA144   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) urin avgår i kläderna utan att Ni känner urinträngning (t.ex. vid ansträngning, hosta eller ekratt) GA145 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) urin avgår i sängen i sängen GA146  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) behöver kasta vatten en gång i timmen eller oftare GA147  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) känner urinträngningar utan att sedan kunna kasta vatten GA148  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) har sveda vid vattenkastning GA149  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) känner värk i underlivet vid vattenkastning GA150   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) har svårt för att komma igång med vattenkastningen GA151  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

51 Har Ni för närvarande flyttningar från underlivet

Om så är fallet, är flyttningen

- |                  | Ja                       | Nej                      |
|------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) illaluktande? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ofärgad?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| brunaktig        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| gulaktig?        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

52 Har Ni det senaste året någon gång haft blödning under eller efter samlag? GA152

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

53 Brukar Ni ha smärta vid samlag?

- |                             | 1                        | 2                        | 3                        |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                             | Ja, ofta                 | Ja, ibland               | Nej                      |
| a) djupt inne i baken GA153 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ytligt i slidan GA154    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

54 Anser Ni att Er lust till samlag minskat med åren? GA155

1	2	3
Ja	Nej	3 svar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

55 Har Ni någon gång ätit p-piller? GA156

Om Ni svarat ja: under hur lång tid? GA157

Om Du slutat ta dem, varför gjordes Ni det? .....

GA107 P-piller antal månader

56 Om Ni inte legat intagen på sjukhus p.g.a. underlivs sjukdom, sätt kryes i rutan längst till höger och fortsätt till avdelning #1

GA158  1 = ej vårdad  
2 = vårdad

57 Har Ni opererats för

0 1  
Ja Nej senast är sjukhus

- a) cancer i livmodern ? GA159   GA160 .....
- b) cancer i äggstockarna ? GA161   GA162 .....
- c) muskelkenter (myom) i livmodern ? GA163   GA164 .....
- d) evalet (kanta, cysta) på äggstockarna (ej cancer) ? GA165   GA166 .....
- e) livmoderfronfall ? GA167   GA168 .....
- f) tuberkulos i underlivet ?   .....
- g) rikliga eller långdragna blödningar (ej skrapning) ?   .....
- h) utomkvedskavandskap ?   .....
- i) Är Ni skrapad ? Antal skr:..... GA169 GA170   GA171 .....
- k) har Ni genomgått koniseringsoperation ? GA172   GA173 .....
- l) Är Ni opererad i underlivet av annan anledning, ange detta:   .....
- m) har livmodern bortopererats ?   GA174 ..hysterectomi
- n) har någon äggstock bortopererats ? Höger ?   .....  
Vänster ?   .....
- o) har någon äggledare bortopererats ? Höger ?   .....  
Vänster ?   .....
- p) är blindtarmen borttagen i samband med underlivsoperation ?   .....

Är livmodern up. GA175

58 Har Ni legat på sjukhus för (förutom operationstillfällen)

	Ja	Nej	senast år	sjukhus
a) smärtor i nedre delen av buken eller underlivet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
b) äggledarinflammation (ägg- stocksinflammation) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
c) cyster (svulster) på ägg- stockarna ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
d) oregelbundna eller rikliga menstruationer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
e) sterilitet (ofrivillig barn- löshet) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
f) strålbehandling av cancer på livmodern ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
g) strålbehandling av cancer på äggstockarna ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
h) glesa menstruationer eller helt avsaknad av mens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
i) smärtsamma menstruationer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
k) envis flytning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
l) har Ni legat intagen på sjukhus för annan underlivssjukdom, ange detta här:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
.....			.....	.....

G

59 Har Ni tidigare behandlats för underlivssjukdom,  
som ej krävt inläggning på sjukhus ?

1 2  
Ja Nej

GAI76

Om Ni svarat ja, ber vi Er till slut besvara följande fråga. Om Ni svarat  
nej, slutar detta frågeformulär här för Ert vidkommande. Önskar Ni ytterli-  
gare komplettera Era svar på frågorna, kan Ni göra detta i slutet av häftet.  
Glöm i så fall inte, att hänvisa till frågans nummer!



PM FÖR KODNING

HÄLSOUNDERSÖKNING

Generellt: Ja = 1, Nej = 2, ? = 3

- 6 = Radera ut 8-an, om sådan finns. - Markera: civilstånd okänt på en lös lapp fäst med gem på pat. journalen.
- 8 = Om patienten varit sjukanmäld men ej sjukskriven och ej har noterat dagarnas antal, fyll i 1 - 7.
- 9 = Ja = 1, Nej = 2 . Änkepension noteras som ingen pension.
- 11 = t.ex. 42 timmar = 42,0
- 12 = Första siffran i yrkeskod är soc. grupp, skriv under. (t.ex. 375 = 75 yrke,  
3 = soc. grupp)  
När hemmafru, hoppa över.
- 13 = när ej noterat, obs. nyt gyn.formulär sid. 1 mom.3 + gam gyn.form. s. 2 mom. 3, event. gam. "Hälso" s. 12 mom 128-9.
- 20 = När svaret är Nej, hoppa över 21A - 21C
- 21B= När "Ja" före 1968, obs. event. gam.gyn.form. sid. 5 (=månaden)
- 21C= När svaret är Ja (= regleringarna upphört), obs. anteckningen 182 fys. undersökning. (obs.ev. gam.gynform. sid. 12+13, + "Hälso" s.5 mom.72)  
När Ja efter 1968 obs.event. nyt gyn.form. sid. 13-15
- 22 - 56 1-a som ej följts upp, lämnas utan åtgärd. Fråga läkare.  
När ngn fråga ej är besvarad, fråga läkare.  
När Nej = 0
- 32 = se event. fys.förm. mom. 142
- 57-74 När ngn fråga ej är besvarad, fråga läkare
- 67 = När frågan ej är besvarad, obs. event. i fys. form. s.6 mom. 152 ?
- 76 = Missing data - "Vet ej" = 99 (skriv 1 raden upp)



79 = Utgå från 5,0 kg. Ökat, lägg till. Minskat, dra ifrån.

Mer än 5,0 kg, skriv 9,8 kg. Om minskat mer än 5,0 kg, skriv 0,1.

T.ex.: "Vikten har inte ändrats de senaste 4 mån." = 5,0 kg

"Ökat" t.ex. 1,5 kg ..... = 6,5

"Minskat" 1,5 kg ..... = 3,5

När ingen svar, se "Hematologiskt form." sid. 2, mom. 206

81 = Om ingen plötslig viktuppgång = X = Nej = 2

Om plötslig viktuppgång, se 82 = Ja = 1 ( i 81)

Om mer än 1 plötslig viktuppgång, se 82 = 3. Endast tidpunkten för senast viktuppgången noteras.

När fråga 81 och 82 ej är besvarad, hoppa över.

82 = Endast tidpunkten för senast viktuppgången noteras.

83 + 84 Obs. event. gam.form. sid. 11

111 - 112 lever = hoppa över

När Nej, se event. gam. frågeform. sid. 11

FYSIKALISK UNDERSÖKNING - hoppa över IDENTIFIKATION, skriv bara sidan

182 = Se mom. 20 i hälsoundersökning

Menopaustyp

1 = Fortfarande menstruerande

2 = Slutat menstruera spontant

3 = Slutat menstruera,  
men har hormonterapi, t.ex. Ovesterin, Promarit etc mot övergångs-  
besvär

4 = Slutat menstruera,  
opererad, livmoder borta men äggstockar kvar.

5 = Slutat menstruera,  
opererad, äggstockar bortopererade helt.

6 = Slutat menstruera,  
opererad men vet inte vad som gjorts.

121 = Hoppa över

122 - 128 = Ingen kryss, skriv under 0

129 = Om nej på 129, fyll inte i mer på sid. 3 i "Fys.undersökning"

Om Ja = 1  
Nej = 2  
? = 3

130 = Fyll under "etta" om det står kryss där. Hoppa annars över.

137 = När kryss Ja i första ruta = skriv under 1  
" " " i andra " = " " 2

När kryss Nej..... = 0

När kryss Ja i båda rutorna, skriv sista alternativ

138 = Ingen kryss, skriv under 0

139 = " " " " 0, samma, när kryss i Nej = 0

140 = Ingen kryss, skriv under 0

142 = " " " " 0

143 = När kryss i Nej, skriv under 0. När kryss i Ja i flera rutor, skriv sista alternativ.

144 = d:o

145 = d:o

146 - 147 = Om ingen kryss, skriv under 0 och fyll inte i 148 - 150

148 - 149 = se event. gam.form.

151 = obs. event. "Hälso" sid. 8 (=föräldrarna)

152 = När 152 ej är besvarad, skriv under 0 och hoppa över 153

(obs.ev. "Hälso" sid.5, mom.67 ?)

När 152 är besvarad i 4, 6, 7, 8 (betyder det tar kalium i 153), fyll då i 153 nr. 1

"gjort så även i dag" = fyll nr. 2 (= i 153)

Annars skriv under 0, när det inte finns kryss i 152 och 153

152 B ./.. (vänd!)

152 B = Finns inte i fys. frågeform.

Tagit blodtrycksmedicin i dag : Tagit i dag = Ja = 1

Ej tagit i dag = Nej = 2

Om ingen uppgift, men patienten har blodtrycksmedicin i 152: 4 - 9, skriv under 2-a.

Om pat. ej har blodtrycksmedicin, hoppa över 152 B - inte ifyllas!

154 = När ingen kryss, skriv under 0, annars skriv sista alternativ.

155 = d:o

156 = d:o

157 - 158 = När ingen kryss i 156, hoppa över

159 - 162 = När ingen kryss, skriv under 0

163 = Hoppa över om inga mediciner enligt 162

164 = Hoppa över, om inga ledbesvär eller fortfarande menstruerar

165 = Hoppa över, om inga ledbesvär

169 B = Finns inte i alla frågeform., Annars: 169 B: Haft radiusfraktur

Har Ni ngn gång brutit handleden?

Ja = 1

Nej = 2

178 = "Har aldrig upplevt ngn period av stress" när står kryss där, skriv under 0

180 = Ifylles ej, om Nej på 179

181 = när Nej = 0

Om uppgift i journalen är obesvarad, vidtag ingen åtgärd förrän Du har frågat Calle.

*Silly*

KLASSIFIKATION GJORD 1968-1969 / CB

Förslag till klassifikation "dödsorsaker hos föräldrarna"

00. *038. men ... saknas helt, obekant* 83-85
01. Inget känt om "föräldern" i fråga *kryst* (3)
02. "Föräldern" känd men hennes eller hans dödsorsak okänd
  
09. Ålderdomssvaghet
10. *Sinnessjukdom*
  
11. Propp i hjärtat, infarkt, kärlekkramp
12. Hjärtfel
13. Högtryck
14. Hjärnblödning och liknande
15. Brustens pulsåder
16. *Pröling åder*
17. *Kallbrand*
18. Åderförkalkning. Arterioskleros
19. Hjärtsjukdom UNS, "hjärtat" *Lungödem Hjärtödem i Hjärtmus*
20. *Blodpropp, "Propp i benen"*
  
21. Lunginflammation
22. (Lung)-tuberkulos
23. Propp i lungorna (lungemboli)
24. Astma
25. "Stenlungor", silikos
26. *Lungåder sjukdom*
  
28. Spanska sjukan
29. Lungsjukdom UNS. "Lungorna" "Bronkiten"
  
30. *Sekretörsjukdom*
31. Magblödning
32. Magsår
33. Tarmbesvär
34. Bräck; *Tarmvred*
35. Leversjukdom
36. Sjukdom i bukspottskörteln
37. Gulrot
38. *Blindtarminflammation (appendicit)*
39. *"Bukhinneinflammation"*
40. "Magen UNS"
41. Urinförgiftning *Uremi*
42. Prostata
43. Njurbäckeninflammation, "skrunpnjure", pyelonefrit
44. Nephrit *Agglutina*
45. Njursten
46. *Njur-TBC*
47. *Njursjukdom*

51. Sockersjuka
52. Struma
53. ~~Binjesjukdom~~
55. Ämnesomsättningsrubbing UNS
56. Blodbrist
57. "Bärnsäng", "abort". *Blodpumpa vid förlorning*
58. Graviditetstoxikos
59. Ledvärk *Reumatism, Gilex. "värk UNS"*
60. *Blodsjukdom UNS*
61. Blodkräfta, leukemi
62. Kancer i matstrupen
63. Kancer i magsäcken
64. Kancer i tarmarna
65. Kancer i levern
66. Kancer i buken UNS
67. Kancer i lungorna
68. Kancer i njurarna
69. Kancer i prostata
70. Kancer i underlivet (hos kvinnor)
71. Kancer i underlivet (hos män: penis, skrotum, testiklar)
72. Hjärntumör
73. Kancer i läppe, hud
74. *Kancer i munhåla och svalp. Halsen.*
75. *Kancer i bröstet ("mammar-cancer")*
79. Kancer UNS
76. *Kancer i urinblåsan*
77. *Kancer i bukspottkörteln - gallgängen*
78. *Skultrålekanalen (midtarm, myelom)*
80. *Annorlunda specificerade kancerformer*
81. Krigsskada, olycka i krig, försvunnit i krig
82. Trafikolycka
83. Drunkning
84. *Lärbandbrott*
85. Suicid, självmord
86. "Troligen självmord"
89. Olycksfall UNS
91. Diverse
91. Epilepsi (fallande sjuka)
92. Polio (barntätamnins)
96. *Nervfeber*
97. *Hjärninflammation*
98. *...*