

FRÅGEFORMULÄR - Gynekologisk del

Vi vill att Ni besvarar alla frågorna i det här formuläret.
Sätt kryss i lämplig ruta. Om inte något av alternativen
under en viss fråga helt skulle passa, ange då det som ligger
närmast.

1.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

 Personnummer

11.

0	3
---	---

13. Vid vilken ålder inträffade Er första menstruation?

--	--

 års ålder

15. Hur har menstruationen varit sedan?

 2 Oftast regelbunden

--

 3 Oftast oregelbunden

Om menstruationen har upphört, fortsätt till nummer 26.

De följande två frågorna besvaras av Er som har regelbunden menstruation.

16. Hur många dagar håller menstruationen på?

--	--

 dagar

18. Med hur många dagars mellanrum kommer menstruationerna?
(från en reglerings första dag till nästkommande reglerings första dag)

--	--

 dagar

Om menstruationen är oregelbunden, beskriv hur den varierar.....

.....

.....

20. Vilket datum började den senaste menstruationen?

År	Mån	Dag

26. Har menstruationen upphört?

<input type="checkbox"/>	1	Nej
<input type="checkbox"/>	2	Ja, för mer än 6 mån sedan
<input type="checkbox"/>	3	Ja, för mindre än 6 mån sedan

27. Vilket år upphörde menstruationen?

år

--	--

29. Har Ni genomgått skrapning av livmodern?

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

30. Är livmodern bortopererad?

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

31. Är äggstockarna bortopererade?

<input type="checkbox"/>	1	Nej
<input type="checkbox"/>	2	En äggstock bortopererad
<input type="checkbox"/>	3	Båda äggstockarna bortopererade

32. Har Ni opererat bort bröstet/brösten?

<input type="checkbox"/>	1	Nej
<input type="checkbox"/>	2	Ja, vänster bröst
<input type="checkbox"/>	3	Ja, höger bröst
<input type="checkbox"/>	4	Ja, båda brösten

33. Är Ni strålbehandlad mot bröstkörgen?

- | | | |
|--------------------------|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, mot vänster sida |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, mot höger sida |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, mot båda sidorna |

34. Är Ni strålbehandlad mot underlivet?

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

35. Är Ni behandlad för bröstcancer?

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

36. är Vilket år?

Har någon av följande familjemedlemmar haft bröstcancer?

38.

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

39.

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

40.

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

41.

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

42. Har Ni nu några besvär från bröstet?

- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Känner knöl/knuta |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Vätska från bröstvärtan |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Annat symptom |

43. Har Ni sökt läkare för ofrivillig barnlöshet?

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

Om Ni ej varit gravid, fortsätt till nummer 56.

44. Har Ni haft några missfall och/eller aborter?

- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, en gång |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, två gånger |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, tre gånger eller mer |

45. I vilken/vilka graviditetsmånad(er) fick Ni missfall och/eller abort?

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Ej aktuellt |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Före 3:e graviditetsmånadens utgång |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Efter 3:e graviditetsmånadens utgång |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Såväl före som efter 3:e graviditetsmånadens utgång |

46. Hur många levande födda barn har Ni?

- | | | |
|----------------------|----------------------|-------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Antal |
|----------------------|----------------------|-------|

FRÅGEFORMULÄR - Gynekologisk del

48. Hur många barn har Ni hemma mellan 1 - 3 år?
Antal
49. Hur många barn har Ni hemma mellan 4 - 7 år?
Antal
50. Hur många barn har Ni hemma mellan 8 - 15 år?
Antal
51. Hur många barn har Ni hemma över 15 år?
Antal
52. Hur många månader har Ni i genomsnitt ammat varje barn?
 1 Har ej ammat
 2 Mindre än 1 månad
 3 1-3 månader
 4 4-6 månader
 5 Över 6 månader
53. Har Ni under någon och/eller några graviditeter haft högt blodtryck?
 1 Nej
 2 Ja
54. Har Ni under någon och/eller några graviditeter haft äggvita i urinen?
 1 Nej
 2 Ja
55. Har Ni fått behandling för högt blodtryck efter någon graviditet?
 1 Nej
 2 Ja

FRÅGEFORMULÄR - Gynekologisk del

Har Ni haft eller har Ni besvär med

- | | Aldrig | Sällan | Ofta | Alltid | |
|-----|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 56. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | Blodvallningar? |
| 57. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | Svettningar? |
| 58. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | Sveda i urinröret vid vattenkastning? |
| 59. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | Torrhet i slidan? |
| 60. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | Svårt att hålla urinen? |

61. Har Ni haft någon medicin eller annan behandling för ovanstående besvär?

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> 2 | Ja, hormoner |
| <input type="checkbox"/> 3 | ja, annan behandling |

62. Har Ni märkt avsevärt ökad hårväxt i ansiktet, kring bröstet, på magen, benen eller armarna?

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> 2 | Ja, i ansiktet |
| <input type="checkbox"/> 3 | Ja, kring bröstet |
| <input type="checkbox"/> 4 | Ja, på magen |
| <input type="checkbox"/> 5 | Ja, på benen |
| <input type="checkbox"/> 6 | Ja, på armarna |
| <input type="checkbox"/> 7 | Ja, på flera av dessa ställen |

63. Hur lång tid har hårväxten varit ökad?

- | | |
|----------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | Ej aktuellt |
| <input type="checkbox"/> 2 | Mindre än 1 år |
| <input type="checkbox"/> 3 | 1 år eller längre |

FRÅGEFORMULÄR - Gynekologisk del

64. Har Ni märkt att rösten blivit mörkare?
- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, det senaste året |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, sedan mer än ett år |
65. Har Ni på senare tid fått permanent fetare hy, eventuellt med finnar?
- | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, det senaste året |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, sedan mer än 1 år |
66. Har håret på hjässan blivit tunnare?
- | | | |
|--------------------------|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, det senaste året |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, sedan mer än 1 år |
67. Använder Ni preventivmedel för närvarande?
- | | | |
|--------------------------|---|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej, det är ej aktuellt |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, alltid |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, ibland |
- Om nej, fortsätt till nummer 70.
68. Vilken av följande preventivmetoder använder Ni?
- | | | |
|--------------------------|---|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 2 | Avbrutet samlag |
| <input type="checkbox"/> | 3 | "Säkra" perioder |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Kondom |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Pessar |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Skum eller vagitorier |
| <input type="checkbox"/> | 7 | P-piller |
| <input type="checkbox"/> | 8 | Mini-piller |
| <input type="checkbox"/> | 9 | Livmodersinlägg (spiral) |

69. Är Ni nöjd med Er preventivmetod?

- | | | |
|--|---|-----|
| | 1 | Nej |
| | 2 | Ja |

Om nej, av vilken orsak är Ni missnöjd med Er preventivmetod?

.....

70. Har Ni någon gång använt P-piller?

- | | | |
|--|---|---|
| | 1 | Nej, jag har aldrig använt P-piller |
| | 2 | Ja, men jag har slutat för mer än 1 månad sedan |
| | 3 | Jag, men jag har slutat för mindre än 1 månad sedan |
| | 4 | Ja, jag använder P-piller nu |

Om Ni aldrig använt P-piller, fortsatt till nästa formulär.

71. Hur många år har Ni sammanlagt använt P-piller

		Antal år
--	--	----------

73. Om Ni använder P-piller nu, vilket märke använder Ni?

	
--	--	-------

75. Om Ni tidigare har använt P-piller, vilket år slutade Ni med detta?

år

--	--

77. Om Ni slutat med P-piller, ange orsaken

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| | 2 | Behövde ej längre ta dem |
| | 3 | För mycket biverkningar |
| | 4 | Orolig för biverkningar |
| | 5 | Annan orsak |

78.

Har Ni slutat med P-piller på grund av någon av följande biverkningar? Markera med kryss endast ett alternativ.

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Nej |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Ja, för högt blodtryck |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Ja, för huvudvärk och illamående |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Ja, för viktökning |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Ja, för humörförändringar och/eller minskade sexuella känslor |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Ja, för blödningsrubbningar |
| <input type="checkbox"/> | 7 | Ja, för ökad behåring |
| <input type="checkbox"/> | 8 | Ja, för finnar och fet hy |
| <input type="checkbox"/> | 9 | Ja, för andra biverkningar |

20. Vilket datum började den senaste menstruationen?

År	Mån	Dag

26. Har menstruationen upphört?

<input type="checkbox"/>	1 Nej
<input type="checkbox"/>	2 Ja, för mer än 6 mån sedan
<input type="checkbox"/>	3 Ja, för mindre än 6 mån sedan

27. Vilket år upphörde menstruationen?

år

--	--

29. Har Ni genomgått skrapning av livmodern?

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

30. Är livmodern bortopererad?

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

31. Är äggstockarna bortopererade?

<input type="checkbox"/>	1 Nej
<input type="checkbox"/>	2 En äggstock bortopererad
<input type="checkbox"/>	3 Båda äggstockarna bortopererade

32. Har Ni opererat bort bröstet/brösten?

<input type="checkbox"/>	1 Nej
<input type="checkbox"/>	2 Ja, vänster bröst
<input type="checkbox"/>	3 Ja, höger bröst
<input type="checkbox"/>	4 Ja, båda brösten