



REBUS-93

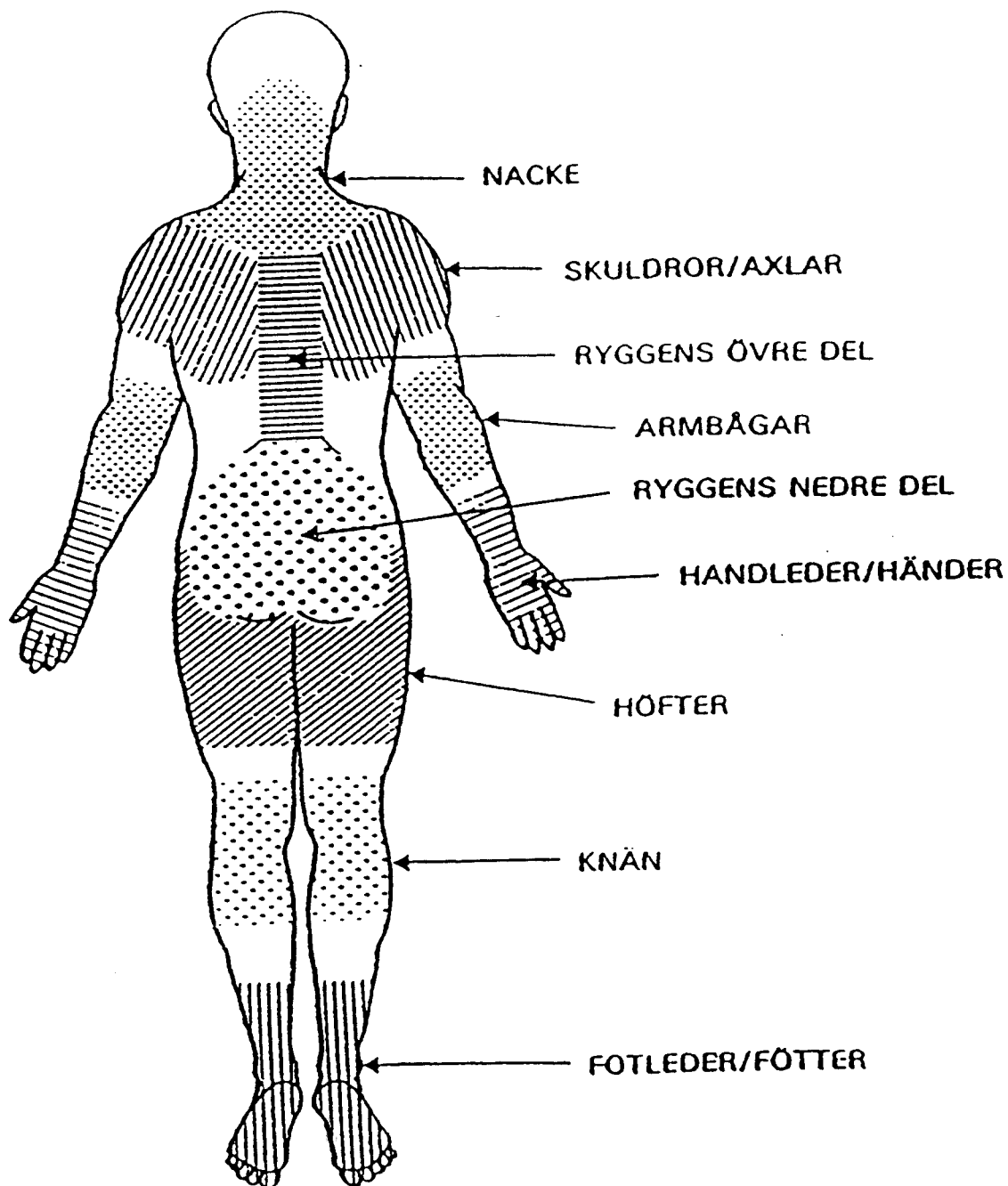
(FORMULÄR-A)

Anamnesformulär Enkät

OBS:

FYLL I FORMULÄRET HEMMA OCH TAG MED DET
TILL UNDERSÖKNINGSDAGEN

Bilden visar de kroppsregioner som gäller för kommande frågor.



Frågorna på sidan 2-9, gäller besvär (smärta, värk obehag) som Du haft någon gång efter den första REBUS-undersökningen, dvs efter 1969/70.

FRÅGORNA GÄLLER DOCK INTE FÖR DE SENASTE 12 MÅNADERNA.

Tänk efter så noga som möjligt innan Du fyller i formuläret och försök fylla i även om Du inte är alldeles säker.

NACKE

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från nacken att Du varit sjukskriven i över 7 dagar i följd?

- Nej Ja, vilket /vilka år?

144

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från nacken att Du sökt eller behandlats av läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat eller motsvarande?

- Nej Ja, vilket /vilka år?

145

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från nacken att Du

- Nej Ja ändrat Dina arbetsmetoder eller Dina vanor i arbetet, i hemmet eller på fritiden?

146

- Nej Ja bytt yrke, omskolats, när?

147

- Nej Ja varit sjukskriven mer än ett år i följd

148

- Nej Ja blivit sjuk-, del- eller förtidspensionerad, när?

149

OM DU SVARAT "NEJ" PÅ SAMTLIGA OVANSTÅENDE FRÅGOR GÄLLANDE NACKE, GÅ VIDARE TILL SIDAN 4.

Vad anser Du är den viktigaste orsaken/orsakerna till Dina besvär i nacken?

- Nej Ja något på arbetet, i yrket; vad?

150

- Nej Ja något hemma, på fritiden, sport; vad?.....

151

- Nej Ja speciellt olycksfall, tex trafikolycka

152

- Nej Ja speciell sjukdom; vilken?.....

153

- Nej Ja annat; vad?.....

154

- vet ej

155

Jämför de senaste 12 månaderna med Dina tidigare besvär från nacken. Har Dina besvär varit:

- 1 värre under de senaste 12 månaderna
156
- 2 i stort sett lika under de senaste 12 månaderna som tidigare
- 3 lindrigare under de senaste 12 månaderna än tidigare
- 4 helt borta under de senaste 12 månaderna

Om besvären i nacken blivit lindrigare eller är helt borta, vad anser Du vara den viktigaste orsaken/orsakerna till denna förbättring?

- 1 Nej 2 Ja ändrat Dina arbetsmetoder eller Dina vanor i arbetet,
157 i hemmet eller på fritiden?
- 1 Nej 2 Ja byte av yrke, omskolning
158
- 1 Nej 2 Ja sjukskrivning
159
- 1 Nej 2 Ja sjuk-, del- eller förtidspensionering
160
- 1 Nej 2 Ja medicin, behandling du fått av läkare, sjukgymnast eller motsvarande
161
- 1 Nej 2 Ja annat, vad.....
162
- 1 vet ej
163

SKULDROR

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från skuldorna att Du varit sjukskriven i över 7 dagar i följd?

- Nej Ja, vilket /vilka år?

164

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från skuldorna att Du sökt eller behandlats av läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat eller motsvarande?

- Nej Ja, vilket /vilka år?

165

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från skuldorna att Du

- Nej Ja ändrat Dina arbetsmetoder eller Dina vanor i arbetet, i hemmet eller på fritiden?

166

- Nej Ja bytt yrke, omskolats, när?

167

- Nej Ja varit sjukskriven mer än ett år i följd

168

- Nej Ja blivit sjuk-, del- eller förtidspensionerad, när?

169

OM DU SVARAT "NEJ" PÅ SAMTLIGA OVANSTÅENDE FRÅGOR GÄLLANDE SKULDROR, GÅ VIDARE TILL SIDAN 6.

Vad anser Du är den viktigaste orsaken/orsakerna till Dina besvär i skuldorna?

- Nej Ja något på arbetet, i yrket; vad?

170

- Nej Ja något hemma, på fritiden, sport; vad?.....

171

- Nej Ja speciellt olycksfall, tex trafikolycka

172

- Nej Ja speciell sjukdom; vilken?.....

173

- Nej Ja annat; vad?.....

174

- vet ej

175

Jämför de senaste 12 månaderna med Dina tidigare besvär från skuldrorna. Har Dina besvär varit:

- 1 värre under de senaste 12 månaderna
176
- 2 i stort sett lika under de senaste 12 månaderna som tidigare
- 3 lindrigare under de senaste 12 månaderna än tidigare
- 4 helt borta under de senaste 12 månaderna

Om besvären i skuldrorna blivit lindrigare eller är helt borta, vad anser Du vara den viktigaste orsaken/ orsakerna till denna förbättring?

- 1 Nej 2 Ja ändrat Dina arbetsmetoder eller Dina vanor i arbetet,
177 i hemmet eller på fritiden?
- 1 Nej 2 Ja byte av yrke, omskolning
178
- 1 Nej 2 Ja sjukskrivning
179
- 1 Nej 2 Ja sjuk-, del- eller förtidspensionering
180
- 1 Nej 2 Ja medicin, behandling du fått av läkare, sjukgymnast eller motsvarande
181
- 1 Nej 2 Ja annat, vad.....
182
- 1 vet ej
183

HANDLEDER/HÄNDER

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från handleder/händer att Du varit sjukskriven i över 7 dagar i följd?

Nej Ja, vilket /vilka år?

184

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från handleder/händer att Du sökt eller behandlats av läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat eller motsvarande?

Nej Ja, vilket /vilka år?

185

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från handleder/händer att Du

Nej Ja ändrat Dina arbetsmetoder eller Dina vanor i arbetet, i hemmet eller på fritiden?

186

Nej Ja bytt yrke, omskolats, när?

187

Nej Ja varit sjukskriven mer än ett år i följd

188

Nej Ja blivit sjuk-, del- eller förtidspensionerad, när?

189

OM DU SVARAT "NEJ" PÅ SAMTLIGA OVANSTÅENDE FRÅGOR GÄLLANDE HANDLEDER/HÄNDER, GÅ VIDARE TILL SIDAN 8.

Vad anser Du är den viktigaste orsaken/orsakerna till Dina besvär i handleder/händer?

Nej Ja något på arbetet, i yrket; vad?

190

Nej Ja något hemma, på fritiden, sport; vad?.....

191

Nej Ja speciellt olycksfall, tex trafikolycka

192

Nej Ja speciell sjukdom; vilken?.....

193

Nej Ja annat; vad?.....

194

vet ej

195

RYGGENS NEDRE DEL

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från ryggens nedre del att Du varit sjukskriven i över 7 dagar i följd?

Nej Ja, vilket /vilka år?

204

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från ryggens nedre del att Du sökt eller behandlats av läkare, sjukgymnast, kiropraktor, naprapat eller motsvarande?

Nej Ja, vilket /vilka år?

205

Har Du någon gång sedan 1969/70 haft så svåra besvär från ryggens nedre del att Du

Nej Ja ändrat Dina arbetsmetoder eller Dina vanor i arbetet,
i hemmet eller på fritiden?

206

Nej Ja bytt yrke, omskolats, när?

207

Nej Ja varit sjukskriven mer än ett år i följd

208

Nej Ja blivit sjuk-, del- eller förtidspensionerad, när?

209

OM DU SVARAT "NEJ" PÅ SAMTLIGA OVANSTÅENDE FRÅGOR GÄLLANDE RYGGENS NEDRE DEL, GÅ VIDARE TILL SIDAN 10.

Vad anser Du är den viktigaste orsaken/orsakerna till Dina besvär i ryggens nedre del?

Nej Ja något på arbetet, i yrket; vad?

210

Nej Ja något hemma, på fritiden, sport; vad?.....

211

Nej Ja speciellt olycksfall, tex trafikolycka

212

Nej Ja speciell sjukdom; vilken?.....

213

Nej Ja annat; vad?.....

214

 vet ej

215

Ange om Du för närvarande eller tidigare behandlats av läkare eller vårdats på sjukhus för något av nedanstående.

Observera, två kryss på varje rad skall fyllas i

För närvarande

Tidigare

| | Nej | Ja | | Nej | Ja | |
|-------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|--|
| 28-29 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Kärlkramp i hjärtat eller angina pectoris |
| 30-31 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Propp i hjärtat eller hjärtinfarkt |
| 32-33 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Annan hjärtsjukdom |
| 34-35 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Högt blodtryck |
| 36-37 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Hjärnblödning eller blodpropp i hjärnan |
| 38-39 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Gångsvårigheter på grund av kärlkramp i benen |
| 40-41 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Blodbrist |
| 42-43 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Sockersjuka |
| 44-45 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Struma eller annan sköldkörtelsjukdom |
| 46-47 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Kronisk luftrörskatarr eller bronkit |
| 48-49 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Hösnuva |
| 50-51 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Astma |
| 52-53 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Annan lungsjukdom |
| 54-55 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Psoriasis |
| 56-57 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Magsår |
| 58-59 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Gallsten |
| 60-61 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Bräck |
| 62-63 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Allvarlig tarminfektion (t ex salmonella) |
| 64-65 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Kronisk tarmsjukdom |
| 66-67 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Smittsam gulsot |
| 68-69 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Kronisk leversjukdom |
| 70-71 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Urinvägsinfektion/blåskatarr |
| 72-73 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Njursjukdom |
| 74-75 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Infektion i underlivet |
| 76-77 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Prostatabelsvär |
| 78-79 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Upprepade ögoninflammationer |
| 80-81 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Neurologisk sjukdom (hjärna, ryggmärg, nervtrådar) |
| 82-83 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Nervösa besvär |
| 84-85 | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | Övrigt, vad? _____ |

Mediciner

Använder Du dagligen eller flera gånger i veckan någon medicin?

Ange även huvudvärkstabletter, p-piller, vitaminer, mineraler, naturmediciner, lugnande mediciner, sömnmedicin, cortisonsalva eller salva mot värk och smärta.

86. Nej Ja
 1 2

Om "Ja", ange vilken medicin: _____

Har Du någon gång haft benbrott i:

87. Nej Ja
 1 2

huvud/ansikte

88. 1 2

nyckelben/skuldra/överarm

89. 1 2

armbåge/underarm/handled

90. 1 2

hand/fingrar

91. 1 2

revben/bröstorg

92. 1 2

nacke/ryggrad

93. 1 2

bäcken/höft/lårben

94. 1 2

knä/underben

95. 1 2

fotled/fot

Har Du fått någon ledprotes inopererad i:

96. Nej Ja
 1 2

höft

97. 1 2

knä

98. 1 2

annan led, ange vilken: _____

Har Du (eller har Du haft) någon medfödd missbildning i leder, muskler eller rygg?

99. Nej Ja
 1 2

Om "Ja", ange vilken kroppsdel. Beskriv missbildningen:

Har Du någon gång blivit opererad i:

- | | Nej | Ja | |
|------|--------------------------|--------------------------|---|
| 100. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | handled på grund av nervinklämning (karpaltunnel) |
| 101. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | rygg (t ex diskbråk) |
| 102. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | knä (t ex menisk) |
| 103. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | annan operation av leder, muskler, senor, skelett eller nervbanor |

Om "Ja", ange vad _____

Frågor om besvär i händerna

Har Du "just nu" något av följande besvär?

- | | Nej | Obetydligt | Lite grann | Ganska mycket |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 104. Domningar i handen eller fingrarna på natten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 105. Lätt att tappa föremål | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 106. Värk i handleden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 107. Svårt att knäppa knappar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Har Du haft någon skada, sjukdom eller kroppsligt besvär som har påverkat Ditt yrkesval?

- | | Nej | Ja |
|------|--------------------------|--------------------------|
| 108. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Om "Ja", ange vad _____

De kommande frågorna har Du besvarat vid den tidigare REBUS-undersökningen för drygt 20 år sedan. Vi ställer nu samma frågor igen. I vissa fall kan de verka lite "otidsenligt" formulerade.

Besvara frågorna utifrån aktuella förhållanden.

109. Brukar Du ha värk, smärta eller sveda i magen / magsäcken / maggropen?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

110. Brukar Du ha ont någon annanstans i magen / Har Du värk, smärtor eller ömhet i magen/buken?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

111. Hur ofta har Du avföring?

- ₁ mera sällan än var 3:e dag
₂ ordinär frekvens
₃ mer än 3 ggr/dag
₄ starkt växlande

112. Hur många gånger "kastar Du vatten" på dagen?

_____ gånger
(antal)

113. Hur många gånger "kastar Du vatten" på natten?

_____ gånger
(antal)

114. Har det hänt att urinen gått utan att Du kunde hindra det / hålla emot (t ex när Du hostar, nyser, skrattar)?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

OM "JA" --->

115. Är det ständigt/alltid?

- ₁ nej
₂ ja

116. Är det endast på natten?

- ₁ nej
₂ ja

117. Är det när Du t ex hostar?

- ₁ nej
₂ ja

118. Sover Du bra?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

OM "NEJ" --->

119. På vilket sätt är sömnen dålig (ange endast ett alternativ)?

- ₁ svårt att somna
₂ vaknar flera ggr på natten, orolig sömn
₃ vaknar mycket tidigt på morgonen
₄ sover inte en blund
₅ annat, vad: _____

120. Hur många timmar sover Du per dygn (i genomsnitt)?

timmar: _____
(antal)

121. Behöver Du sova mer?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

122. Brukar Du ha svår huvudvärk?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

OM "JA" ---> 123. Är det migrän?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

124. Har läkare sagt att det är migrän?

- ₁ nej
₂ ja

125. Sitter den alltid på samma ställe?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

126. Brukar Du må illa/kräkas när Du har huvudvärk?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

127. Brukar Du vara känslig för ljud, ljus, lukter när Du har huvudvärk?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

128. När på dygnet brukar Du få huvudvärken?

- ₁ på morgonen
₂ på dagen
₃ på eftermiddagen
₄ på kvällen
₅ annat, när: _____

129. Brukar Du få huvudvärk när Du känner Dig jäktad, stressad?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

130. Brukar Du få huvudvärk när Du blir arg, ledsen eller upprörd på något sätt?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

131. Brukar Du ha ont i bröstet?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

132. Brukar Du känna Dig andfådd, få andnöd?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

133. Brukar Du ha hosta?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

OM "JA" --->

134. När på dygnet är hostan värst?

- ₁ på morgonen
₂ på dagen
₃ på kvällen efter sänggåendet
₄ på förmiddagen
₅ under morgontimmarna
₆ ständig hosta
₇ osäker

135. Hur länge har Du haft hostan?

- ₁ mindre än 3 veckor
₂ 3 veckor eller mer
₃ osäker

136. Brukar Du bli yr?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

137. Är Din hörsel nedsatt?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

138. Ser Du bra på nära håll?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

OM "NEJ" ---> 139. Ser Du bättre med glasögon?

- ₁ nej
₂ ja

140. Ser Du bra på långt håll?

- ₁ nej
₂ ja
₃ osäker

OM "NEJ" ---> 141. Ser Du bättre med glasögon?

- ₁ nej
₂ ja

Nedanstående fråga/or besvaras endast av kvinnor

142. När ungefär hade Du senaste mens?

datum(år, månad, dag): _____
(ÅÅmmdd)

- ₁ aldrig haft mens
₂ gravid i månad: _____
₃ mens har upphört

OM "UPPHÖRT," fortsätt här → 143. Hur gammal var Du när
 Din mens upphörde?

ålder: _____
(Ålder)

Tack för Din medverkan !!