

ADONIX - STUDIEN



I samarbete med Östra Sjukhuset gör vi denna undersökning som rör livsstil, miljö och ärftliga faktorer vid **hjärt-kärlsjukdomar**, **astma** och **diabetes**. Vi undersöker bland annat om mätning av kväveoxid i utandningsluft kan hjälpa oss att upptäcka om personer har astma eller annan lungsjukdom. Undersökningen görs av Arbets- och miljömedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg. Formulären är **sekretessbelagda** och vi som arbetar med den har tystnadsplikt.

Deltagande i undersökningen är helt frivillig. Vi kommer att följa upp den här undersökningen om cirka fyra år och kommer då eventuellt att återigen ta kontakt med dig för att besvara ett nytt, kortare formulär med eventuellt en läkarundersökning.

Det kan vara värdefullt att kunna kontakta Dig vid eventuell komplettering av frågorna. Var därför vänlig och ange telefonnummer där vi kan nå Dig på dag- resp/kvällstid.

ID-nr _____

Tfn dag _____

Namn _____

Tfn kväll _____

Datum _____

Mobil _____

Om Du undrar över något, kan Du ringa till: Kjell Torén, professor/överläkare, tfn 031-786 62 62
Kristina Wass, epidemiologiasistent, tfn 031-786 62 95

BESÖKSADRESS för studien
(se bifogad karta)
Östra sjukhuset

TELEFON

FAX

Växel 031-786 63 00
e-post: kristina.wass@amm.gu.se

031-40 97 28

POSTADRESS

Arbets- och miljömedicin
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Medicinaregatan 16
405 30 Göteborg

FRÅGOR OM DINA ARBETEN

Ange dina olika arbeten (anställningar), med bransch, arbetsuppgifter och tidsperiod. Anställningar kortare tid än en månad behöver **ej** anges. Med anställning innefattas även arbete som egen företagare.

	Bransch	Arbetsuppgift/yrke	Börjat	Slutat
	<i>(Exempel Byggnads Service</i>	<i>Rörläggare Fastighetsskötare</i>	<i>1965 1986</i>	<i>1986 fortf)</i>
1.1	_____	_____	_____	_____
1.2	_____	_____	_____	_____
1.3	_____	_____	_____	_____
1.4	_____	_____	_____	_____
1.5	_____	_____	_____	_____
1.6	_____	_____	_____	_____
1.7	_____	_____	_____	_____
1.8	_____	_____	_____	_____
1.9	_____	_____	_____	_____
1.10	_____	_____	_____	_____

1.11 Har Du arbetat med svetsning eller på annat sätt i ditt arbete blivit utsatt för metallrök/svetsök?

Ja Nej

1.12 Om **ja**, under vilken tidsperiod
mellan åren _____ och _____

1.13 Har Du i ditt arbete blivit utsatt för gas, rök eller damm?

Ja Nej

- 2.1 Har Du någonsin bytt yrke/arbetsplats på grund av:
astma? Ja Nej
- 2.2 Om **ja**, vilket eller vilka år? _____
- 2.3 Har Du någonsin bytt yrke/arbetsplats på grund av:
hösnuva eller andra besvär? Ja Nej
- 2.4 Om **ja**, vilket eller vilka år? _____
- 2.5 Har Du någonsin bytt yrke/arbetsplats på grund av:
andra hälsoskäl? Ja Nej
- 2.6 Om **ja**, vilket eller vilka år? _____
3. Har Du de **senaste 12 månaderna** haft upprepade
luftrörsbesvär vid vistelse på din arbetsplats? Ja Nej
4. Har Du varit **sjukskrivna p g a luftrörsbesvär**
under de senaste 12 månaderna? Ja Nej
- 5.1 Har Du under ditt arbetsliv arbetat med **vibrerande verktyg**
mer än en timma per vecka och under längre tid än ett år? Ja Nej
- 5.2 Om **ja**, har Du arbetat med vibrerande verktyg mer
än 10 tim/vecka under mer än 10 år? Ja Nej
- 5.3 Om **ja**, hur gammal var Du när Du började med det? _____
- 6.1 Har Du arbetat skift? Ja Nej
- 6.2 Om **ja**, mellan vilka år? _____

FRÅGOR OM BESVÄR OCH SJUKDOMAR

7. Har Du haft någon av följande sjukdomar?
- 7.1 Högt blodtryck Ja Nej
- 7.2 Hjärtinfarkt Ja Nej
- 7.3 Grå starr Ja Nej
- 7.4 Psoriasis Ja Nej
- 8.1 Har Du av läkare fått diagnosen diabetes (sockersjuka)? Ja Nej
- 8.2. Om **ja**, hur gammal var Du då? _____ år
- 9.1 Har Du eller har Du haft astma? Ja Nej
- 9.2. Om **ja**, hur gammal var Du när Du märkte det första gången? _____ år
- 9.3. Om **ja**, vilket år hade Du senast astmabesvär? _____
10. Har Du av läkare fått diagnosen astma? Ja Nej
11. Har Du de **senaste 12 månaderna** haft **astmabesvär**, dvs periodvisa eller anfallsvisa andningsbesvär eller andfåddhet? Besvärerna kan uppträda med eller utan hosta och med eller utan pip i bröstet. Ja Nej
12. Har Du under den **senaste månaden** haft **astmabesvär**? Ja Nej
13. Har Du under de **senaste 12 månaderna** haft **torrhosta**, dvs. hosta utan upphostningar? Ja Nej
- 14.1 Har Du av läkare fått diagnosen kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) eller emfysem? Ja Nej
- 14.2 Om **ja**, hur gammal var Du då? _____ år

- 15.1 Har Du **efter 15 års ålder** besvärats av långvarig **hosta** med upphostningar? Ja Nej, gå till fråga 16.1
- 15.2. Om **ja**, har någon **period** varat minst 3 månader? Ja Nej, gå till fråga 16.1
- 15.3. Om **ja**, har Du haft sådana **perioder** minst 2 år i rad? Ja Nej
- 15.4. Om **ja**, hur gammal var Du när Du märkte hostan första gången? _____ år
- 16.1 Har Du **efter 15 års ålder** någonsin **vaknat av andnöd**? Ja Nej
- 16.2 Om **ja**, hur gammal var Du när Du märkte det första gången? _____ år
- 17.1 Har Du **efter 15 års ålder** någonsin haft **pip** eller **väsningar i bröstet**? Ja Nej
- 17.2 Om **ja**, hur gammal var Du när Du märkte det första gången? _____ år
18. Har Du ibland fått andnöd eller pip i bröstet eller **svår** hosta av någon eller några av nedan uppräknade orsaker?
- 18.1 Ansträngning Ja Nej
- 18.2 Brukar dessa besvär bestå om Du fortsätter att anstränga dig? Ja Nej
- 18.3 Kyla Ja Nej
- 18.4 Dammiga och rökiga miljöer Ja Nej
- 18.5 Bilavgaser och andra luftföroreningar Ja Nej
- 18.6 Starka dofter, t ex parfym, kryddofter, rengöringsmedel eller trycksvärta Ja Nej
19. Brukar Du få pip i bröstet vid förkylningar? Ja Nej
20. Brukar Du bli trång i luftrören vid förkylningar? Ja Nej

- 21.1 Hur många **luftvägsinfektioner** har Du haft under de senaste 12 månaderna? _____ antal
- 21.2 Har Du fått antibiotika (t.ex. penicillin) pga. luftvägsinfektion under **de senaste 12 månaderna**? Ja Nej
- 22.1 Har Du **efter 15 års ålder** någonsin haft **näsbesvär** såsom nästäppa, rinnsnuva och/eller nysattacker utan förkylning? Ja Nej
- 22.2 Om **ja**, hur gammal var Du när Du märkte det första gången? _____ år
- 22.3 Om **ja**, har Du haft sådana besvär mer än en månad i sträck? Ja Nej
- 22.4 Om **ja**, har Du de senaste 12 månaderna haft sådana besvär? Ja Nej
- 22.5 Om **ja**, har Du den senaste månaden haft sådana besvär? Ja Nej
- 23.1 Har Du **efter 15 års ålder** haft **hösnuva** under vår/sommar? Ja Nej
- 23.2 Om **ja**, hur gammal var Du när Du märkte det första gången? _____ år
- 24.1 Har Du **efter 15 års ålder** haft **näsbesvär** vid kontakt med pälsdjur? Ja Nej
- 24.2 Om **ja**, hur gammal var Du när Du märkte det första gången? _____ år
25. Hade Du någon form av **allergi som barn**, t.ex. böjveckseksem, astma eller hösnuva? Ja Nej
26. Är Du överkänslig för katt? Ja Nej
27. Är Du överkänslig för hund? Ja Nej
28. Är Du överkänslig för pollen? Ja Nej
29. Har din biologiska **mor** haft astma eller allergi? Ja Nej Vet ej
30. Har din biologiska **far** haft astma eller allergi? Ja Nej Vet ej

FRÅGOR OM MEDICINER OCH LÄKEMEDEL

31.1 Tar Du regelbundet eller har Du regelbundet tagit medicin Ja Nej
det **senaste året** på grund av att Du har **astma**?

32. Har Du tagit någon av nedanstående mediciner pga. astma eller andra luftvägssjukdomar?

	Dagligen eller nästan dagligen	Senaste mån	Senaste året
1. Bricanyl, Inspiryl, Salbutamol, Ventoline, Berotec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Foradil, Oxis, Serevent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Seretide, Symbicort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pulmicort, Becotide, Flutide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nasonex, Flutide Nasal, Rhinocort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atrovent, Spiriva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Betapred, Prednisolon, Decadron, Dexacortal, Deltison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Singulair	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Naturmedel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Har Du under senaste året använt någon av nedanstående mediciner mot magkatarr/magsår/sura uppstötningar? Ja Nej
(Losec, Nexium, Zantac, Lanzo, Omeprazol, Pantoloc, Pariet, Ranitidin, Tagamet)?

Tar Du regelbundet eller har Du tagit någon av följande mediciner det senaste året?

34. Acetylsalicylsyra Ja Nej
(t.ex. Magneeryl, Bamy, Dispril, Aspirin, Alka-Seltzer, Treo, Albyl, Bamycoor)

35. Medicin mot högt blodtryck Ja Nej

36. Kolesterol-sänkande medicin Ja Nej

37. Mediciner mot migrän Ja Nej

38. Mediciner mot kärlkramp
(tex. Nitromex, Imdur) Ja Nej

Om **ja** på fråga 38, vilka _____

FRÅGOR OM BESVÄR AV LUFTFÖRORENINGAR OCH BULLER

39.1 Hur störd är Du när Du befinner Dig **hemma** av **luftföroreningar** utomhus (från trafik, industrier etc) om **Du har dina fönster öppna**?

Om Du inte alls känner Dig störd välj 0, om Du känner Dig oerhört störd välj 10 och om Du känner Dig någonstans däremellan välj en siffra mellan 0 och 10. Markera med ett kryss i en av rutorna.

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

Inga besvär 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket svåra besvär

39.2 Om Du tänker på de senaste 12 månaderna, när Du befunnit Dig **hemma med öppet fönster**, hur störd eller besvärad har Du varit av **buller** från vägtrafik?

Markera med ett kryss i en av rutorna.

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

Inga besvär 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket svåra besvär

39.3 Om Du tänker på de senaste 12 månaderna, när Du befunnit Dig **hemma med stängt fönster**, hur störd eller besvärad har Du varit av **buller** från vägtrafik?

Markera med ett kryss i en av rutorna.

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

Inga besvär 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mycket svåra besvär

PASSIV RÖKNING

40. Har Du **regelbundet** varit utsatt för **andras** tobaksrök under Ja Nej
de senaste 12 månaderna?
(”regelbundet” betyder de flesta dagar och/eller nätter)
41. Förutom Du själv, hur många är det som röker hemma hos dig? _____ st
42. Röks det regelbundet i det rum där Du arbetar? Ja Nej
- 42.1 Under hur många timmar dagligen utsätts Du för **andra personers** _____ tim
tobaksrök?
Hur är dessa timmar fördelade?
- 42.2 i bostaden? _____ tim
- 42.3 på arbetsplatsen? _____ tim
- 42.4 på utställan som restauranger, barer och dylikt? _____ tim
- 42.5 på andra ställen? _____ tim

FRÅGOR OM EGNA RÖKVANOR

43. Har Du **någonsin rökt** dagligen under minst en månad? Om **nej**, gå till fråga 47.

Ja, fortsätt med nästa fråga

Nej

44. Vid vilken ålder började Du att röka dagligen? _____ års ålder

45. Ange hur mycket Du i genomsnitt har **rökt** i olika åldrar. Börja med perioden 15-24 år och fortsätt till din nuvarande åldersgrupp.

		Antal cigaretter per dag
45.1	15-24 år	_____ st
45.2	25-34 år	_____ st
45.3	35-44 år	_____ st
45.4	45-54 år	_____ st
45.5	55-64 år	_____ st
45.6	65-74 år	_____ st
45.7	75-	_____ st

46. Om Du **slutat röka**, ange vid vilken ålder Du slutade. _____ års ålder.

47. Har Du **snusat** dagligen under minst ett års tid? Ja Nej, gå till fråga 50.

48. Vid vilken ålder började Du att snusa dagligen? _____ års ålder

49. Om Du slutat snusa, ange vid vilken ålder Du slutade att snusa? _____ års ålder

ÖVRIGA FRÅGOR

50. Vilka utbildningar/skolor har Du gått?
(ange högsta nivå)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Folkskola/grundskola | <input type="checkbox"/> Gymnasium |
| <input type="checkbox"/> Realskola | <input type="checkbox"/> Universitet/högskola |
| <input type="checkbox"/> Yrkesskola/Flickskola | <input type="checkbox"/> Annan utbildning |

51. Vilket är ditt nuvarande civilstånd?

- Ogift Gift/sambo Frånskild Änka/änkeman

52. Hur många barn ingår i ditt hushåll? _____ st

53. Är Du för närvarande:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> i arbete heltid | <input type="checkbox"/> helt förtidspensionär/sjukskriven |
| <input type="checkbox"/> i arbete deltid | <input type="checkbox"/> deltid förtidspensionär/sjukskriven |
| <input type="checkbox"/> folkpensionär | <input type="checkbox"/> arbetslös |
| <input type="checkbox"/> annat | |

Vikt

54. Vilken var din födelsevikt?

- Mindre än 1500 gram 1500- 2499 gram 2500- 3999 gram 4000- 4999 gram Över 5000 gram Vet ej

55. Föddes Du mer än en månad för tidigt? Ja Nej

56.1 Vad var din vikt när Du var 20 år? _____ kg
(om Du inte var gravid)

56.2 Hur lång var Du när Du var 20 år? _____ cm

57. Hur gammal är Du? _____ år

58. Är Du född i Sverige? Ja Nej

59. Markera om Du är kvinna eller man. Kvinna Man

FRÅGOR OM DJUR

- 60.1 Har Du katt hemma? Ja Nej
 Om "Ja" 51.2 Får din katt vistas inomhus? Ja Nej
 51.3 Får din katt vistas i sovrummet? Ja Nej
- 61.1 Har Du hund hemma? Ja Nej
 Om "Ja" 61.2 Får din hund vistas inomhus? Ja Nej
 61.3 Får din hund vistas i sovrummet? Ja Nej
62. Har Du fåglar hemma? Ja Nej
63. Fanns det katt i ditt hem
 63.1 under ditt första levnadsår Ja Nej
 63.2 när Du var mellan 1 och 4 år gammal Ja Nej
 63.3 när Du var mellan 5 och 15 år gammal Ja Nej
64. Fanns det hund i ditt hem
 64.1 under ditt första levnadsår Ja Nej
 64.2 när Du var mellan 1 och 4 år gammal Ja Nej
 64.3 när Du var mellan 5 och 15 år gammal Ja Nej
65. Fanns det fåglar i ditt hem
 65.1 under ditt första levnadsår Ja Nej
 65.2 när Du var mellan 1 och 4 år gammal Ja Nej
 65.3 när Du var mellan 5 och 15 år gammal Ja Nej

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!