

♀ ♂

1988 -

TUMÖR I BINDVÄV OCH MUSKULATUR- vem och varför?

= lymfom, sarcom

civilstånd
(utbildning)

Yrke / expon. (nu + tid)

längd - vikt
rökning - alk

stad - landsbygd

INFORMATION

Vi har fått ert namn och adress från tumörregistret bland nya fall av tumörsjukdomar i bindväv och muskulatur, s.k. sarkom, som diagnostiserats i södra sjukvårdsregionen.

En undersökning pågår vid onkologiska och ortopediska klinikerna vid Lunds Universitetssjukhus om faktorer betydelse för uppkomsten av tumörsjukdomen sarkom. Vid denna sjukdom är det troligt att viktiga yttre faktorer, s.k. miljöfaktorer spelar roll. Det är därför viktigt att studera sådana samband.

Vi har därför beslutat att tillsända dels nydiagnostiserade patienter med mjukdelssarkom och dels friska jämförelsepersoner ett frågeformulär, som innehåller en del frågor om faktorer som kan ha betydelse för uppkomsten av sarkom. Vi har fått tillstånd av er läkare att kontakta er med denna enkät.

Vi undrar om Ni skulle vilja delta i denna undersökning genom att besvara följande frågor i denna enkät. Utfrågningen är helt frivillig. All information Ni lämnar är givetvis konfidentiellt och därmed skyddas av sekretesslagen. Frågeformuläret återsändes i bifogat svarskuvert. Vid behov kommer Ni att kontaktas telefonledes för komplettering av frågorna. Skulle Ni inte ha tid att fylla i frågeformuläret är vi tacksamma om Ni skickar tillbaka själva formuläret i bifogat kuvert.

Vi tackar på förhand för hjälpen!

Med vänlig hälsning

Läkarna vid onkologiska och ortopediska klinikerna, Universitetssjukhuset i Lund

Håkan Olsson
Professor

Thor A Alvegård
Överläkare

Torgil Möller
Överläkare

Anders Rydholm
Adjungerad professor

Har ni frågor om något som rör detta brev eller frågeformulär är Ni välkommen att kontakta någon av undertecknad (ex H. Olsson, tel. 046-177554 eller A. Rydholm tel. 046-172412)

Frågeformulär över eventuella faktorer som kan vara av betydelse för uppkomsten av tumörsjukdomen, mjukdelssarkom.

Namn _____

Adress _____

Datum för ifyllandet av enkät _____

Skolgång och civilstånd

Vilka skolor har Ni gått i?

Speciell linje?

Vilket är Ert civilstånd?

gift eller sammanboende Nej Ja
 frånskild Nej Ja
 ogift Nej Ja
 änka/änkling Nej Ja

Yrke

Har Ni eller har Ni haft förvärvsarbete?

 Nej Ja

Ange i tur och ordning Ert arbete/Era arbeten från skolåldern och framåt. Medtag även kortare anställningar.

Namn på företag/ Arbetsplats	Egen titel	Anställningstid		Anställd åren	
		år	mån	fr o m	t o m
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Har du någonsin varit anställd inom något/några av följande yrkesområden, i så fall vilket/vilka? Ange första och sista år inom varje yrkesområde. Räkna ifrån avbrott när antal år summeras.

			Från år	till år	Antal år
Textilindustri	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Oljeindustri	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Kemisk industri	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Gummiindustri	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Färgämnesindustri	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

Gruvindustri	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Tryckeri	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Jordbruk	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Batteritillverkning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Motorfordonsreparation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Bensinstation	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Filmtillverkning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Försilvringsarbete	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Rörläggning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Målning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Lackering	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Svetsning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Båtbyggeri	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Möbelindustri	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Stenindustri	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Biltillverkning	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Smidesarbete	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Trädgårdsarbete	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Skogsarbete	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____
Yrkesfiske	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	_____	-	_____	_____

Har Du i Ditt arbete utsatts för något/några av följande ämnen? Ange första och sista år för detta. Räkna ifrån avbrott när antal år summeras.

Har Ni i Ert arbete kommit i kontakt med kisel?

Nej Ja Om ja, vilket år och hur länge?

Har Ni arbetat med asbest?

Nej Ja Om ja, vilket år och hur länge?

Har Ni arbetat med lösningsmedel?

Nej Ja Om ja, vad hette medlet(-n)? Vilket år och hur länge använde Ni resp.medel?

Har Ni arbetat med bensin?

Nej Ja Om ja, vilket år och hur länge?

Har Ni arbetat med andra oljeprodukter?

Nej Ja Om ja, vad hette medlet(-n)? Vilket år och hur länge använde Ni resp.medel?

Har Ni arbetat med impregnering av trä?

Nej Ja Vad hette medlet(-n)? Vilket år och hur länge använde Ni resp.medel?

Har Ni arbetat med insekticider och pesticider?

Nej Ja Vad hette medlet(-n)? Vilket år och hur länge använde Ni resp.medel?

Har Ni arbetat med växtbekämpningsmedel (herbicider)?

Nej Ja Vad hette medlet(-n)? Vilket år och hur länge använde Ni resp.medel? (ange även om Ni kortare tid, ex bara en dag arbetat med växtbekämpning)

Om ja, har Ni sysslat med bekämpning av lövsly? Nej Ja

Om ja, har Ni sysslat med bekämpning av ogräs? Nej Ja

Har Ni arbetat med färgämnen?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vad hette medlet(-n)?	Vilket år och hur länge använde Ni resp.medel?
		_____	_____
		_____	_____

Har Ni arbetat med gödningsmedel?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vad hette medlet(-n)?	Vilket år och hur länge använde Ni resp.medel?
		_____	_____
		_____	_____

Har Ni arbetat med kadmium?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilket år och hur länge?

Har Ni arbetat med zink?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilket år och hur länge?

Har Ni arbetat utsatts för svetsrök?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vilket år och hur länge?

Har Ni arbetat med strålning eller radioaktiva ämnen?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Hur exponerades Ni?	Vilket år och hur länge?
		_____	_____
		_____	_____

Har Ni annars i Ert yrke annars kommit i kontakt med kemikalier?

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	Vad hette medlet(-n)?	Vilket år och hur länge använde Ni resp. medel?
		_____	_____
		_____	_____

Har Ni tidigare råkat ut för en olycka eller skada i hemmet eller på Er arbetsplats?

Nej Ja

Hur skadade Ni Er? _____

Vilket år inträffade skadan? _____

Vilken kroppsdel skadades (ange även höger eller vänster sida)? _____

Behövde Ni söka sjukhusvård? _____

Familj, släktförhållanden

Hur många bröder har Ni? _____

Hur många systrar har Ni? _____

Hur många egna barn har Ni? _____

Finns det släktingar som har/har haft tumör eller cancersjukdomar?

Nej Ja

Hur är ni släkt?

Vilken sjukdom hade släktingen?

Finns det annars någon särskild sjukdom som släkten är drabbad av?

Nej Ja

Vem i släkten?

Vilken sjukdom?

Mediciner, operationer, röntgenundersökningar

Har Ni tidigare strålbehandlats?

Nej Ja

För vilken sjukdom? _____

Vilket år? _____ Vilket sjukhus? _____

Vilken kroppsdel behandlades (ange även höger eller vänster sida)? _____

Ange kroppsdelar (-organ) som ni tidigare fått röntgenundersökt?

Antal ggr?

Har Ni tidigare ätit läkemedel längre tid än en månad?

Nej Ja

Vilket läkemedel? Mellan vilka år?

För vilken sjukdom?

Har Ni tidigare använt p-piller (besvaras endast av kvinnlig patient)?

Nej Ja

Mellan vilka år?

Vad hette preparatet(-n)

Har Ni tidigare fått hormontabletter eller sprutor för övergångsbesvär eller av andra orsaker (besvaras endast av kvinnlig patient)?

Nej Ja

Mellan vilka år?

Vad hette medicinen?

Har Ni tidigare opererats?

Nej Ja

Vilken operation?

När?

För vad?

Har Ni tidigare fått blodtransfusion?

Nej Ja

Om ja, när? _____

Rökvanor

Hur ser Era rökvanor ut ?

- Jag har aldrig rökt
- Jag röker/har rökt cigaretter
- Jag röker/har rökt pipa eller cigarr

Om Ni har rökt cigaretter, försök att ange hur mycket Ni i genomsnitt rökt per dag under följande tidsperioder

Antal cigaretter per dag

1985 och framåt _____ st

1980-1984 _____ st

1975-1979 _____ st

1970-1974 _____ st

1965-1969 _____ st

1960-1964 _____ st

1955-1959 _____ st

1950-1954 _____ st

före 1950 _____ st

Alkoholvanor

Är Ni helnykterist? Nej Ja

Om ja, sedan vilken ålder? _____

Om nej, hur ofta dricker Ni?

	starksprit	vin	starköl	folk/mellanöl
mindre än 1 gång/månad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gång/månaden till 1 gång/veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mer än 1 gång/veckan men ej dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dagligen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur mycket dricker Ni per månad? (dricksglas ungefär 15 cl, ölflaska 33 cl, snapsglas 4 eller 6 cl)

starksprit _____ cl

vin _____ cl

starköl _____ cl

folk-mellanöl _____ cl

Övrigt

Är Ni höger eller vänsterhänt? högerhänt vänsterhänt

Vad är Er kroppslängd? _____ cm

Hur mycket väger Ni? _____ kg

I femte och sjätte klass i skolan vägde Ni då mindre än de flesta av Era kamrater? Nej Ja

I femte och sjätte klass i skolan vägde Ni då mer än de flesta av Era kamrater? Nej Ja

I femte och sjätte klass i skolan var Ni då kortare än de flesta av Era kamrater? Nej Ja

I femte och sjätte klass i skolan var Ni då längre än de flesta av Era kamrater? Nej Ja

Har Ni sysslat med aktiv tävlingsidrott under uppväxt eller i vuxenålder?

Nej Ja Om ja, vilken idrott och när?

Vilka djur har funnits i Ert hem? _____

Har Ni utanför hemmet haft kontakt med andra djur?

Nej Ja Vilket(-a)?

Hur många år har Ni bott i innerstadsområde? _____ år

Hur många år har Ni bott i ytterstadsområde? _____ år

Hur många år har Ni bott på landsbygd? _____ år