

MONICA 1985 - 1986

ID nr.

Utsänt pff, datum (år-mån-dag)

Svarat pff, datum (år-mån-dag)

Undersökningsprotokoll

Undersökningsdag (år-mån-dag)

Tid på dagen (närmaste timma, 17,29 blir 17; 17.30 blir 18)

Längd cm (utan skor)

Vikt kg, en decimal (utan kavaj och skor)

Vilken tid åt Du senast en måltid omfattande minst en smörgås, wienerbröd, bakelse el liknande)? (närmaste timma, se ovan!)

Bukomfång

Bäckenomfång

Blodtryck, observatör nr

systoliskt random zero, absolut

diastoliskt (fas 5) " " "

"nollvärde" " " "

Pulsfrekvens (räknas palp. under halv minut)

Cholesterol mmol/l

Triglycerider mmol/l

Alfa-cholesterol

Fibrinogen

Thiocyanat

Har Du haft hjärnblödning eller propp i hjärnan?

Om ja: När hade Du detta?

Var Du intagen på sjukhus?

(vilket sjukhus?)

Har Du någon gång haft smärta, tryck eller trånghets känsla i bröstet?

Om ja: - gå till anginaformulär.

Läkarbedömning enligt formulär (ifylles av sköterska)

Brukar Du få smärtor i vaderna när Du går i backar,
trappor eller på plan mark?

Går Du på regelbundna kontroller för sjukdom?

(vilken sjukdom?)

(Läkarens namn?)

(Hur ofta?)

Är Du vegetarian?

Åtgärdsformulär i samband med screening 1983

Besked beträffande EKG

Normalt = 1
 Abnormalitet som ej fordrar åtgärd = 2
 " " kräver åtgärd = 3
 (t ex fönnaksflimmer)

För samtliga nedanstående gäller:

Väl omhändertagen/ej aktuellt med åtgärd = 1
 Allmänna råd + ev. broschyr = 2
 Tid ordnas vid hypertoni mott. på
 poliklinik el. dylikt = 3
 Pat får själv ordna tid = 4

Åtgärder pga hypertoni
 " " rökning
 " " angina
 " " övrigt

Observatörsnummer

--	--	--

ID nr.

På detta formulär skulle vi vilja att Du kryssar i det alternativ som passar bäst för Dig under det senaste året.

AKTIVITET UNDER SENASTE ÅRET

	Nej	Enstaka gånger	Ofta/ regelbundet
<u>I hemmet</u>			
Utfört reparation i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utövat några hobbies (frimärken, slöjd, foto, handarbete, foto, musik, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studier i hemmet (språkkurser etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skönlitteratur (läst minst en bok)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft bjudning i hemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Trädgård, sommarställe, båt, bil</u>			
Klippt gräsmatta, häck etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Målning, snickerier etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skötsel av båt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skötsel av bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Motion, idrott, friluftsliv</u>			
Motionsidrott (fotboll, handboll, gymnastik, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besökt simhall, badat ute etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badat bastu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cykelturer, skidor, skridsko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jakt eller fiske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svamplockning, bärplockning etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Använt motionscykel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nöjen

Nej Enstaka Ofta/
 gånger regelbundet

- Bio
- Teater
- Konsert
- Idrottstävlingar (fotboll etc.)
- Travbana
- Restaurant
- Besökt dansställe
- Museum, utställningar, mässor etc.

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

Sällskapsliv

- Besökt släkt
- Besökt vänner
- Rest utomlands
- Rest i Sverige

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

Föreningsliv

- Besökt fackföreningsmöte
- Besökt annat föreningsmöte
- Gått i kyrkan (annan religiös sammankomst)
- Studiecirklar

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

Hur många personer, Dig själv medräknat,
bor i bostaden?

(mer än 9=9)

ID nr.

Var snäll och skriv ned namnen på de mediciner som ordinerats
av läkare och som Du tagit under den senaste veckan.

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Ifylles ej

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

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

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

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

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

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

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

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

Om fler mediciner var vänlig skriv dem på baksidan
av formuläret!

MONICA 1985 - 1986

ID nr.

--	--	--	--	--

Har Du de senaste 14 dagarna tagit icke receptbelagda läkemedel?

Nej

Ja

Vilka?

.....

.....

.....

Har Du de senaste 14 dagarna tagit så kallade naturläkemedel?

Nej

Ja

Vilka?

.....

.....

.....