

Hälsa och Livsstilsundersökning

Undersökningsdag (år, mån, dag)

Namn	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> K
------	--

Personnummer	Civilstånd	
	<input type="checkbox"/> Gift/sambo	<input type="checkbox"/> Ensamstående
	<input type="checkbox"/> Barn	Ålder på barnen

Adress	Postnummer Ort
--------	----------------

Telefon bostad	Telefon arbete
----------------	----------------

Mobiltelefon	E-postadress
--------------	--------------

Arbetsplats	Avdelning
-------------	-----------

Sysselsättning/Yrke:	Övertid genomsnitt tim/vecka
Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1-4 tim <input type="checkbox"/> 5 tim eller mer
Nattarbete <input type="checkbox"/> Skift <input type="checkbox"/>	

Hur länge har Du arbetat på nuvarande arbetsplats?
--

Hur länge har Du arbetat i nuvarande yrke?
--

Jag upplever min hälsa som...
Mycket bra <input type="checkbox"/> Bra <input type="checkbox"/> Dålig <input type="checkbox"/> Mycket dålig <input type="checkbox"/>

Hälsa/Livsstil

Medicin Direkt anteckningar

Kryssa för det Du tycker överensstämmer med Dig och Din hälsa

1. Någon av mina föräldrar/syskon har före 65 års ålder fått

- a. högt blodtryck
- b. diabetes
- c. hjärt-kärlsjukdomar
- d. cancer

2. Jag upplever stressymtom som t ex sömnstörningar, oro, koncentrationssvårigheter eller är lättirriterad

Aldrig Sällan Ibland Ofta

Besvären är arbetsrelaterade

3. Jag använder regelbundet någon medicin

4. Jag har tidigare varit långvarigt/allvarligt sjuk

5. Jag äter oftast

- a. frukost
- b. lunch
- c. middag

Jag vill förändra mina matvanor

6. Jag röker Jag snusar

Jag känner oro för min hälsa med anledning av min tobakskonsumtion

Jag vill förändra mina tobaksvanor

7. Jag ägnar mig åt motionsaktiviteter i minst 30 minuter, som ökar puls och andning

3ggr. eller mer/v. 1-2ggr./v. Sporadiskt

8. Jag är fysiskt aktiv på min fritid t ex trädgårdsarbete eller friluftsliv

3ggr. eller mer/v. 1-2ggr./v. Sporadiskt

9. Jag vill förändra mina motionsvanor

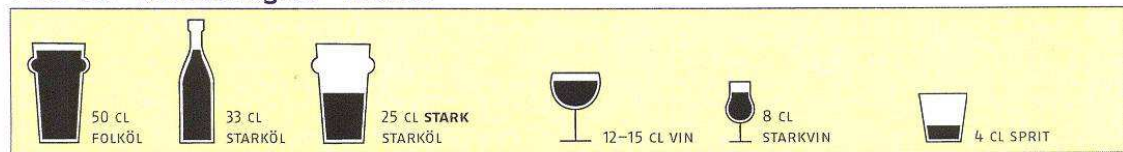
AUDIT

Här är ett antal frågor om dina alkoholvanor.

Vi är tacksamma om du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för dig.



Med ett "standardglas" menas



HUR GAMMAL ÄR DU? _____ ÅR

MAN

KVINNA

1. Hur ofta dricker du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>
2. Hur många "standardglas" (se exempel) dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7-9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>
3. Hur ofta dricker du sex sådana "standardglas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
4. Hur ofta under det senaste året har du inte kunnat sluta dricka sedan du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
5. Hur ofta under det senaste året har du låtit bli att göra något som du borde för att du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
6. Hur ofta under senaste året har du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
7. Hur ofta under det senaste året har du haft skuld känslor eller samvetsförebåelser på grund av ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
8. Hur ofta under det senaste året har du druckit så att du dagen efter inte kommit ihåg vad du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>
9. Har du eller någon annan blivit skadad på grund av ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över ditt drickande eller antytt att du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>		Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>

Översatt och bearbetat av professor Hans Bergman vid Karolinska Institutet.

10. Jag känner oro för min hälsa med anledning av min alkoholkonsumtion

11. Jag vill förändra mina alkoholvanor

Övriga frågor Du vill ta upp:

Ifylles av sköterska

Hb

Glukos

Kolesterol

Blodtryck

Längd

Vikt

BMI

Midjemått

Syn höger

Syn vänster

Syn binokulärt

Puls