

--	--	--	--	--

Frågor om Din lungsjukdom

1. Hur gammal är Du? år.
2. Är Du? Kvinna Man
3. Vilken lungsjukdom har Du? Kryssa för det eller de alternativ som Du anser stämmer med Din uppfattning.
 KOL Astma Kronisk bronkit Annan: _____ Vet ej
 Har aldrig haft luftrörsbesvär

Frågor om Din medicinering

4. Har Du tagit snabbverkande luftrösvidgande medicin, till exempel Bricanyl, Ventoline, Airomir eller Buventol den *senaste veckan* på grund av luftvägsbesvär?
 Ja Nej Vet ej
5. Har Du använt kortison för inandning, till exempel Pulmicort, Flutide, Becotide, Asmanex eller Beclomet, det *senaste halvåret*?
 Regelbundet I perioder Nej Vet ej
6. Har Du använt Atrovent det *senaste halvåret*?
 Regelbundet I perioder Vid enstaka tillfällen Nej Vet ej
7. Har Du använt Spiriva det *senaste halvåret*?
 Regelbundet I perioder Nej Vet ej
8. Har Du använt långverkande luftrösvidgande medicin, till exempel Serevent eller Oxis, det *senaste halvåret*?
 Regelbundet I perioder Nej Vet ej
9. Har Du tagit *extra doser* av långverkande luftrösvidgande medicin, till exempel Oxis eller Serevent den *senaste veckan*?
 Ja Nej Vet ej
10. Har Du använt Seretide eller Symbicort (kombination av långverkande luftrösvidgande och kortison) det *senaste halvåret*?
 Regelbundet I perioder Nej Vet ej
11. Har Du tagit *extra doser* av Symbicort eller Seretide den *senaste veckan*?
 Ja Nej Vet ej
12. Har Du på grund av försämring av Din lungsjukdom behövt ta *kortison*tabletter (Betapred eller Prednisolon) vid något tillfälle under det *senaste halvåret*?
 Ja, en gång Ja, vid två olika tillfällen Ja, vid mer än två olika tillfällen
 Använder kortison

Enkäten fortsätter på nästa sida!

13. Har Du *senaste året* fått recept på medicin som förebygger benskörhet?

Ja Nej Vet ej

Frågor om Dina besvär

14. Har Du vaknat på grund av hosta, pip i bröstet eller andningsbesvär den *senaste veckan*?

Ja, en natt Ja, flera nätter Nej

15. Har Du sökt akut hos distriktsläkare/familjeläkare/husläkare/jourcentral på grund av försämring av Din lungsjukdom det *senaste halvåret*?

Ja, en gång Ja, två gånger Ja, mer än två gånger Nej

16. Har Du sökt akut på sjukhus på grund av försämring av Din lungsjukdom det *senaste halvåret*?

Ja, en gång Ja, två gånger Ja, mer än två gånger Nej

17. Har Du legat på sjukhus på grund av Din lungsjukdom under det *senaste halvåret*?

Ja, en gång Ja, två gånger Ja, mer än två gånger Nej

18. Hur skulle Du i stort beskriva svårighetsgraden av Din lungsjukdom?

Mycket lindrig Lindrig Måttligt svår Svår Mycket svår Har ingen lungsjukdom

19. I vilken omfattning och i vilka av följande situationer besväras Du av andnöd? Du svarar med det eller de alternativ som Du tycker stämmer bäst för Dig

Jag blir bara andfådd när jag anstränger mig rejält, inte när jag tar en snabb promenad eller går i uppforsbacke.

Jag blir andfådd när jag tar en snabb promenad eller går i uppforsbacke.

Jag blir andfådd när jag går på slät mark i samma takt som en annan i min ålder.

Jag blir så andfådd när jag går på slät mark att jag måste stanna upp trots att jag själv bestämmer takten.

Jag blir andfådd när jag tvättar mig eller klär på mig.

20. Har Du det *senaste halvåret*, vid något tillfälle, varit frånvarande från arbetet på grund av Din lungsjukdom?

Ja, vid ett tillfälle Ja, vid två tillfällen Ja, mer än två tillfällen Nej, aldrig

Arbetar inte

21. Om Du svarat *ja* på fråga 20

Hur många dagar har Du sammanlagt under det *senaste halvåret*, på grund av Din lungsjukdom, varit frånvarande från arbetet?

Svar:.....dagar

Enkäten fortsätter på nästa sida!

Frågor om Dina sjukvårdskontakter

22. **Var brukar Du gå på kontroll för Din lungsjukdom? Fler alternativ kan vara aktuella.**
 Distriktsläkare/ Familjeläkare/Husläkare Företagsläkare
 På sjukhus (lung- eller medicinmottagning) Privat lungspecialist
 Astma/KOL-sjuksköterska Annat alternativ Inte hos någon
23. **Vet Du vilken läkare som ansvarar för behandlingen av Din lungsjukdom?**
 Ja Nej
24. **Har Du fått en skriftlig instruktion/behandlingsplan om hur Du skall ändra Din medicinering vid försämring av Din lungsjukdom?**
 Ja Nej Vet ej
25. **Har Du fått vaccination mot influensa senaste 12 månaderna?**
 Ja Nej Vet ej
26. **Har Du fått vaccination mot lunginflammation (pneumokocker) senaste 5 åren?**
 Ja Nej Vet ej

Övriga frågor

27. **Vilken är den högsta utbildning Du har?**
 Gått i skola mindre än 5 år
 Folkskola eller grundskola
 Realskola eller flickskola
 2-årigt gymnasium eller yrkesskola
 3-4-årigt gymnasium
 Universitet eller högskola, 2,5 år eller kortare (mindre än 120 p)
 Universitet eller högskola, 3 år eller längre (mer än 120 p)
28. **Hur lång är Du?**cm
29. **Hur mycket väger Du?**kg
30. **Röker Du?**
 Nej, jag har aldrig rökt regelbundet Nej, jag har slutat röka
 Ja, jag röker någon gång ibland Ja, jag röker dagligen
31. **Om Du röker eller tidigare rökt dagligen. – I hur många år har Du rökt dagligen?**år
32. **Denna fråga besvaras om Du röker eller slutat röka de senaste 5 åren. Har Du av sjukvården *erbjudits* hjälp med rökstopp?**
 Ja Nej Vet ej
33. **Denna fråga besvaras om Du röker eller slutat röka de senaste 5 åren. Har Du *fått* rökslutarhjälp från sjukvården, antingen enskilt vid särskilda besök eller i grupp?**
 Ja Nej Vet ej

Enkäten fortsätter på nästa sida!

Var vänlig och **ringa in** siffran för det svar som bäst beskriver hur Du har känt dig under de **senaste 7 dagarna**.
(Endast **ett** svar för varje fråga).

I genomsnitt, under de senaste 7 dagarna , hur ofta har Du känt dig:	aldrig	nästan aldrig	några gånger	flera gånger	många gånger	väldigt många gånger	nästan hela tiden
34. Andfådd vid vila?	0	1	2	3	4	5	6
35. Andfådd vid fysiska aktiviteter?	0	1	2	3	4	5	6
36. Bekymrad över att Du skall bli förkyld eller att Din andning ska försämras?	0	1	2	3	4	5	6
37. Deprimerad (nedstämd) på grund av Dina andningsbesvär?	0	1	2	3	4	5	6
I allmänhet, under de senaste 7 dagarna , hur stor del av tiden:							
38. Hostade Du?	0	1	2	3	4	5	6
39. Hostade Du upp slem?	0	1	2	3	4	5	6
I genomsnitt, hur begränsad har Du varit i dessa aktiviteter under de senaste 7 dagarna på grund av Dina andningsbesvär :	inte alls begränsad	väldigt lite begränsad	något begränsad	måttligt begränsad	mycket begränsad	extremt begränsad	totalt begränsad /eller ej möjligt att utföra
40. Ansträngande fysiska aktiviteter (såsom att gå i trappor, skynda sig, motionera)?	0	1	2	3	4	5	6
41. Måttliga fysiska aktiviteter (såsom att promenera, hushållsarbete, bära saker)?	0	1	2	3	4	5	6
42. Dagliga aktiviteter hemma (såsom att klä på sig, tvätta sig)?	0	1	2	3	4	5	6
43. Sociala aktiviteter (såsom att prata, umgås med barn, besöka vänner/ släktingar)?	0	1	2	3	4	5	6

Jag ger härmed mitt samtycke till att oidentifierade journalkopior skickas till Lung- och Allergikliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala enligt den bifogade informationen.

_____ Datum

_____ Underskrift

_____ Namnförtydligande