

--	--	--	--	--

Frågor om Din astma / Dina luftrörsbesvär

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

Frågor om Din medicinering

4. Har Du tagit snabbverkande luftrösvidgande medicin, till exempel Bricanyl, Ventoline, Buventol eller Airomir, på grund av astmabesvär *mer än två gånger den senaste veckan*?
 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 långverkande luftrösvidgande medicin, till exempel Serevent eller Oxis, det *senaste halvåret*?
 Regelbundet I perioder Nej Vet ej
7. Har Du tagit *extra doser* av långverkande luftrösvidgande medicin, till exempel Oxis, eller Serevent, på grund av astmabesvär *mer än två gånger den senaste veckan*?
 Ja Nej Vet ej
8. Har Du använt Seretide eller Symbicort (kombination av långverkande luftrösvidgande och kortison) det *senaste halvåret*?
 Regelbundet I perioder Nej Vet ej
9. Har Du tagit *extra doser* av Symbicort eller Seretide *mer än två gånger den senaste veckan*?
 Ja Nej Vet ej
10. Har Du använt Singulair (tabletter) det *senaste halvåret*?
 Regelbundet I perioder Nej Vet ej

Enkäten fortsätter på nästa sida!

11. Har Du på grund av astmaförsämring 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-tabletter regelbundet Nej

Frågor om Dina besvär

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

- Ja, en natt Ja, flera nätter Nej

14. Hur skulle Du i stort beskriva svårighetsgraden av Din astmasjukdom?

- Mycket lindrig Lindrig Måttligt svår Svår Mycket svår Har ej astma

15. Har Du det *senaste halvåret*, vid något tillfälle, varit frånvarande från arbetet eller hemma från skolan på grund av Din astma?

- Ja, vid ett tillfälle Ja, vid två tillfällen Ja, mer än två tillfällen
 Nej, aldrig Arbetar inte / Går inte i skolan

**16. Om Du svarat Ja på fråga 15 -
Hur många dagar har Du sammanlagt under det *senaste halvåret*, på grund av Din astma, varit frånvarande från arbetet eller hemma från skolan?**

Svar:.....dagar

Frågor om Dina sjukvårdskontakter

17. Har Du någon gång blivit allergiutredd med allergitest, antingen blodprov eller så kallat pricktest?

- Ja Nej Vet ej

18. Har Du sökt akut hos distriktsläkare/familjeläkare/husläkare/jourcentral eller barnläkare på grund av försämring av Din astma det *senaste halvåret*?

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

19. Om Du sökt akut på sjukhus på grund av försämring av Din astma det *senaste halvåret*?

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

20. Har Du legat på sjukhus på grund av Din astma under det *senaste halvåret*?

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

Enkäten fortsätter på nästa sida!

21. **Var går Du på kontroll för Din astma? Flera alternativ kan vara aktuella.**

- Distriktsläkare/ Familjeläkare/Husläkare Astmasköterska Företagsläkare
 På sjukhus (allergi- lung- eller medicinmottagning) Barnläkare
 Privat lung- eller allergispecialist Annat alternativ Inte hos någon

22. **Vet Du vilken läkare som ansvarar för Din astmabehandling?**

- Ja Nej

23. **Har Du fått en skriftlig instruktion/behandlingsplan om hur Du skall ändra Din medicinering vid försämring av Din astma?**

- Ja Nej Vet ej

Övriga frågor

24. **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)

25. **Hur lång är Du?**cm

26. **Hur mycket väger Du?**kg

27. **Röker Du?**

- Nej, jag har aldrig rökt regelbundet Nej, jag har slutat röka
 Ja, jag röker någon gång ibland Ja, jag röker dagligen

28. **Om Du röker eller tidigare rökt dagligen. – I hur många år har Du rökt dagligen?**år

29. **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

30. **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 besvara **dessa** frågor genom att ringa in siffran som bäst beskriver hur Du har känt dig under de **senaste 2** veckorna på grund av **Din** astma.

I ALLMÄNHET, HUR STOR DEL AV TIDEN UNDER DE SENASTE 2 VECKORNA HAR DU:

	Hela Tiden	Största delen av tiden	En hel del av tiden	Ibland	Lite av tiden	Nästan aldrig	Aldrig
31. Känt Dig ANDFÅDD på grund av Din astma?	1	2	3	4	5	6	7
32. Känt Dig besvärad av eller varit tvungen att undvika DAMM i omgivningen?	1	2	3	4	5	6	7
33. Känt Dig frustrerad på grund av Din astma?	1	2	3	4	5	6	7
34. Känt Dig besvärad av HOSTA?	1	2	3	4	5	6	7
35. Känt Dig RÄDD FÖR ATT INTE HA DIN ASTMAMEDICIN TILLGÄNGLIG?	1	2	3	4	5	6	7
36. Haft en ÅTSTRAMANDE KÄNSLA ELLER TRYCK ÖVER BRÖSTET?	1	2	3	4	5	6	7
37. Känt Dig besvärad av eller varit tvungen att undvika CIGARETTRÖK i omgivningen?	1	2	3	4	5	6	7
38. Haft problem med att SOVA GOTT OM NATTEN på grund av Din astma?	1	2	3	4	5	6	7
39. Känt Dig BEKYMRAD ÖVER ATT DU HAR ASTMA?	1	2	3	4	5	6	7
40. Har det PIPIT I BRÖSTET?	1	2	3	4	5	6	7
41. Känt Dig besvärad av eller varit tvungen att undvika att gå ut på grund av VÄDRET ELLER LUFTFÖRORENINGAR?	1	2	3	4	5	6	7

UNDER DE SENASTE 2 VECKORNA, HUR BEGRÄNSAD HAR DU VARIT I DESSA AKTIVITETER PÅ GRUND AV DIN ASTMA?

	Fullständigt begränsad	Väldigt mycket begränsad	Mycket begränsad	Måttligt begränsad	Lite begränsad	Nästan inte alls begränsad	Inte begränsad alls
42. ANSTRÄNGANDE AKTIVITETER (som att skynda sig, träna, springa upp för trappor, sporta)	1	2	3	4	5	6	7
43. MÅTTLIGT ANSTRÄNGANDE AKTIVITETER (som att promenera, utföra hushållsarbete, utföra trädgårdsarbete, handla, gå upp för trappor)	1	2	3	4	5	6	7
44. SOCIALA AKTIVITETER (som att prata, leka med husdjur/barn, besöka vänner/släktingar)	1	2	3	4	5	6	7
45. ARBETSRELATERADE AKTIVITETER (uppgifter Du måste utföra på arbetet) <i>Om Du inte arbetar avses sysslor /aktiviteter som Du måste utföra de flesta dagar</i>	1	2	3	4	5	6	7

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

Datum

Underskrift

Namnförtydligande