

Luftvägsformulär:

	JA	NEJ/VET EJ
1. Är det någon av dina föräldrar eller syskon som har eller har haft:		
a) Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Allergiska ögon /näsbesvär (hösnuva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du nu eller har du haft någon av följande sjukdomar:		
a) Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Allergiska ögon/näsbesvär (hösnuva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Annan lung- eller luftvägssjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du av läkare fått diagnosen astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du av läkare fått diagnosen kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Använder du astmamediciner (ständigt eller vid behov)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har du nu eller har du under de senaste 10 åren haft astmabesvär (dvs periodvisa eller anfallsvisa andningsbesvär/andfåddhet) Besvären kan uppträda med eller utan hosta och med eller utan pip i bröstet? Om ja: Har du haft sådana besvär under de senaste 12 mån ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har du under de senaste åren haft långvarig hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Brukar du hosta upp slem eller har du slem i bröstet som du har svårt att få upp? Om ja: a) Har du fått upp slem de flesta dagar under perioder som varit minst 3 månader ? b) Har du haft sådana perioder minst 2 år i rad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Brukar du ha pip, skrål eller väser det i bröstet då du andas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Har du haft pip eller väsningar i bröstet vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna ? Om Nej/Vet ej: gå till fråga 11. Om Ja: a) Har du överhuvudtaget varit det minsta andfådd när du haft pip eller väsningar i bröstet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

JA **NEJ/VET EJ**

- b) Har du haft detta pip eller väsande i bröstet när du **inte** samtidigt varit förkyld ?
11. Har du vaknat med en trånghetskänsla i bröstet vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna ?
12. Måste du gå långsammare än jämnåriga på slät mark pga andfåddhet ?
13. Brukar du bli andfådd, få pip i bröstet eller hostattacker:
- a) Vid ansträngning
 - b) I kyla
 - c) Vid ansträngning utomhus i kallt väder
 - d) I dammiga miljöer
 - e) Av cigarett- eller tobaksrök
 - f) Av bilavgaser
 - g) Av starka dofter (tex parfym, kryddor, blommor)
 - h) Av pollen från växter och/eller träd
 - i) Vid kontakt med pälsdjur
14. Är du rökare (som rökare räknas även om du röker enstaka cigaretter eller pipstopp per vecka och om du slutat röka inom de senaste 12 månaderna) ?
- Om ja:**
- a) Hur många cigaretter röker du per dag ?
- Mindre än 5 5-14 15 eller mer
- Om nej:**
- b) Har du tidigare varit rökare, slutat för över 1 år sedan ?
15. Röker eller rökte någon av dina föräldrar/anhöriga i din hemmiljö under din uppväxttid ?
16. Vilket har varit ditt **huvudsakliga** yrke eller sysselsättning ? _____
- Hur många år **sammanlagt** har du varit i detta yrke ? _____
17. Är du nu i någon annan verksamhet/sysselsättning (annat yrke, yrkessökande osv) _____
- Om du är det, sedan hur många år ? _____
18. Längd _____ Vikt _____