

# INTERVJU VED SPIROMETRI:

Sett kryss. Dersom du er i tvil svares nei.

1. Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene hatt pipelyder i brystet?

JA NEI

**Hvis nei på spørsmål 1, gå til spørsmål 2.**

- 1.1 Har du vært tungpust i forbindelse med at du hadde pipelyder i brystet?

JA NEI

- 1.2 Har du hatt slike pipelyder når du ikke har vært forkjølet?

JA NEI

2. Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene hatt tung pust om dagen når du har vært i ro?

JA NEI

- 3 Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene hatt tungpusthet etter en anstrengelse?

JA NEI

- 4 Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene våknet med tung pust?

JA NEI

- 5 Har du noen gang hatt astma?

JA NEI

**Dersom nei på sp.mål 5, hopp til spørsmål 6**

- 5.1 Hvor gammel var du da du første gang merket symptomer på astma?

ÅR

- 5.2 Hvor gammel var du siste gang du merket symptomer på astma?

ÅR

- 5.3 Har du hatt symptomer på astma (tungpusthet, pipende pust) siste 12 måneder?

JA NEI

- 6 Har du i løpet av de siste 12 måneder brukt legemidler for å lette pusten (astma medisiner)?

JA NEI

**hvis ja, gå til spørsmål 7**

**hvis nei:**

- 6.1 Har du tidligere brukt slike medisiner

JA NEI

**hvis nei på sp.mål 6.1, gå til sp.mål 13**

**hvis ja på sp.mål 6.1, gå til sp.mål 8**

7 Dersom du bruker astmamedisiner nå, ta utgangspunkt i siste måned.  
Hvor ofte har du brukt følgende medisiner?

	Sjeldnere eller 1 gang i uken	Ikke hver dag, men flere ganger i uken	Hver dag
7.1 Bruk av korttids Beta-2 agonist (berotec, bricanyl, ventolin, salbuvent):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Bruk av serevent:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Bruk av atrovent :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Bruk av xantiner (Nuelin Depot, TeoDur) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Bruk av lomudal :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Har du brukt medisiner som becotide, flutide,  
pulmicort eller viarox regelmessig noen gang?

JA  NEI

**Hvis nei på sp.mål 8, gå til spørsmål 10**

9. Har du brukt medisinene nevnt i sp.mål 8  
regelmessig siste halvår?

JA  NEI

**Hvis nei på spørsmål 9, gå til spørsmål 9.4**

9.1 Hvis ja; angi hvilken du har brukt:

Becotide/Viarox	<input type="checkbox"/>
Flutide	<input type="checkbox"/>
Flunitec	<input type="checkbox"/>
Pulmicort	<input type="checkbox"/>
Vet ikke	<input type="checkbox"/>

9.2 Hvor stor dose har du brukt i gjennomsnitt  
pr dag siste uke? (styrke x antall inhalasjoner) ( vet ikke = 999)  ug

9.3 Hvordan har du tatt denne medisinen  
(becotide, flutide, pulmicort, viarox) siste året?

Pulver   
Spray   
Spray med kammer

9.4 Hvor lang tid har du totalt brukt medisiner som  
becotide, flutide, pulmicort og viarox?

< 6 mnd      6-12 mnd      1-4 år      5-10 år      > 10 år  
                       

**10.** Har du noen gang i ditt liv brukt kortison-tabletter  
(prednison, prednisolon, celeston) for pustevansker/astma?

JA      NEI  
     

**Hvis nei på spørsmål 10, gå til spørsmål 13**

**11.** Har du brukt kortison-tabletter regelmessigt pga pustevansker/astma siste måned?

JA      NEI  
     

**Hvis nei på spørsmål 11, gå til spørsmål 12**

**11.1** Hvis ja, hvilken type? Prednison  Prednisolon  Celeston   
Andre

**11.2** Angi hvilken dose du har brukt i gjennomsnitt pr dag siste uke. (angi hele milligram)  mg

**11.3** Hvor lenge har du sammenlagt brukt kortison-tabletter (prednison, prednisolon og celeston) pga astma?

< 6mnd      6-12 mnd      1-4 år      5-10år      >10 år  
                       

**12** Dersom du ikke har brukt kortison-tabletter regelmessig, har du tidligere brukt dette i perioder med forverrelse av sykdommen?

JA      NEI  
     

**Hvis nei på spørsmål 12, gå til spørsmål 13**

**Hvis ja:**

**12.1.** Hvor mange kurer siste år ( 12 mnd)

**12.2** Hvor mange kurer totalt siste 2 år?

**13.** Har du brukt kortison-tabletter ( Prednison / Prednisolon eller Celestone ) for annen sykdom enn astma?

JA      NEI  
     

**13.1** Hvis ja, hvor lang tid har du brukt kortison-tabletter for annen sykdom enn astma?

< 6mnd      6-12 mnd      1-4 år      5-10år      >10 år

**Har du brukt medisiner som Becotide, Flutide, Lokilan eller Rhinocort i nesen regelmessig noen gang?** *Ja Nei*

**42**

Hvis «Ja»

Har du brukt slike medisiner regelmessig siste halvår? *Ja Nei*  
  **43**

Bruker du slike medisiner nå? *Ja Nei*  
  **44**

**Har du siste 2 måneder fått kortisonsprøyte for allergi, senebetennelse eller leddbetennelse?** *Ja Nei*

**45**

**Har du siste 2 måneder brukt Prednisolon eller Prednison tabletter?**

*Ja Nei*

**46**

**Har du noen gang problemer med pusten?**

*Ja Nei*  
  **47**

**Hvis nei,** gå til spørsmål 51  
**hvis ja,** fortsett med neste spørsmål.

**Hvis du har problemer med pusten, har du det:**

sett kryss i en rute

A. Svært sjelden  **48**

B. Gjentatte ganger, men blir oftest helt bra

C. Hele tiden og er aldri helt bra

**Hvis du tenker på hvordan du har hatt det siste 6 måneder; hvor ofte har du hatt episoder med tung og/eller pipende pust OM DAGEN?**

sett kryss i en rute

aldri  **49**

sjeldnere enn 1 gang pr måned

1-2 ganger per måned

- 3-4ganger per måned
- oftere enn 4ganger per måned
- oftere enn 3 ganger per uke

**Hvis du tenker på hvordan du har hatt det siste 6 måneder; hvor ofte har du hatt episoder med tung og/eller pipende pust OM NATTEN?**

sett kryss i en rute

- aldri  **50**
- sjeldnere enn 1 gang pr måned
- 1-2ganger per måned
- 3-4ganger per måned
- oftere enn 4ganger per måned
- oftere enn 3 ganger per uke

**Spørsmål 51:**

**Har du vansker med førligheten av annen grunn enn lungesykdom?**

- Nei  **51**
- Ja, p.g.a hjertesykdom
- Ja, p.g.a. annen sykdom

**Har noen av spørsmålene på dette skjemaet vært vanskelig å forstå?**

- Ja*
- Nei*  **52**

Hvis ja; angi nummer på vanskelige spørsmål: