

Identifikasjon:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Navn: .....

DATO 

--	--	--	--

 2006

### INTERVJU VED BONT 2006-08 (Versjon 2006 07 12)

**Innlagt hoppfunksjoner gjør at de med lite plager eller uten medisinbruk kun besvarer innledningsspørsmål.**

	JA	NEI
Innledning		
1.1 Har du drukket kaffe i dag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.1 Hvis ja: har du drukket dette i løpet av de siste 4 timer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Har du røykt i dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.1 Hvis ja: har du røykt i løpet av de siste 4 timer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3 Er du forkjølt eller har annen luftveisinfeksjon i dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Pipende pust

2. Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene hatt pipelyder i brystet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Hvis ja:</i>		
2.1 Har du vært tungpust i forbindelse med at du hadde piping i brystet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Har du hatt slike piping når du ikke har vært forkjølet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Tung pust/nattlige plager

3.1 Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene hatt tung pust om dagen når du har vært i ro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene hatt anfall med tung pust etter en anstrengelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Har du noen gang i løpet av de siste 12 månedene våknet med anfall tung pust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.1 Blir du mer tungpust (andpusten) enn jevnaldrende når du går i motbakker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.2 Blir du tungpust når du går opp 2 etasjer i vanlig fart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.3 Blir du tungpust når du går med vanlig fart på flat mark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4.4 Er du tungpust når du sitter i ro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Diagnoser

4.1. Har du noen gang hatt astma?

*Hvis ja:*

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

ÅR

4.1.2 Hvor gammel var du siste gang du merket symptomer på astma?

ÅR

4.1.4 Har du fått diagnosen astma av lege?

4.2 Har du noen gang fått diagnosen kronisk bronkitt , emfysem eller KOLS av lege?

4.2.1 Hvis ja: hvilken?

Kronisk bronkitt  Emfysem  KOLS

Hvis nei på 4.1 og 4.2 hopp til 6

Hvis ja på 4.1 eller 4.2: hopp til 5.1 (modifisert RCP)

5.1 Hvor mange av de 7 siste dager har du merket symptomer på din lungesykdom (tung eller pipende pust eller hoste)?

5.1.1 Hvis > 0 ;Har du hatt slike symptomer de siste 3 dagene

5.1.2 Hvis Ja; har du hatt slike symptomer i dag

5.2 Hvor mange av de siste 7 dager har pustebesvær hemmet dine normale aktiviteter (f.eks sport, skole, arbeid, husarbeid og osv)

5.3 Hvor mange av de siste 7 netter har du blitt påvirket/vekket av pustebesvær (inkludert hoste)?

## Allergi/hyperreaktivitet?

6.1 Når du er i nærheten av pelsdyr eller husstøv, får du da slike symptomer noen gang:

6.1.1 Starter å hoste, får pipende pust, blir tett eller tungpust?

6.1.2 Får tett eller rennende nese eller begynner å nyse?

6.1.3 Får kløe eller renning fra øyne?

6.2 Når du utsettes for pollen fra trær, gress eller blomster, får du da slike symptomer:

6.2.1 Starter å hoste, får pipende pust, blir tett eller tungpust?

6.2.2 Får tett eller rennende nese eller begynner å nyse?

6.2.3 Får kløe eller renning fra øyne?

6.3 Blir du vanligvis tungpust, får piping i brystet eller uttalt hoste hvis du er i røykfylte eller forurensede rom?

## Medisinbruk

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

7.1 Hvis nei; Har du tidligere brukt slike medisiner?

7.2 Hvis ja på 7.0; har du brukt medisiner for å lette pusten siste måned?

*Ta utgangspunkt i siste måned: (dvs hvis ja på 7.2)*

Hjelpemiddel: Bilde av alle beta2-agonister med ulike device

Bilde av alle LAB2A med ulike device

Bilde av anticholinergica med ulike device

Be personen angi de han/hun bruker og spør så konkret om disse i spørsmålene under.

	Daglig	Ikke hver dag, men flere ganger i uken	Mer sjelden	Aldri
7.2.1 Hvor ofte er medisiner som airomir, berotec, bricanyl, salbuvent, ventolin brukt? (oppdateres siden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2.2 Hvor ofte er serevent/oxis/ brukt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2.3 Hvor ofte er Atrovent/Spiriva brukt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Ja	Nei
7.3 1. Har du brukt slike medisiner siste 3 dager			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3.2 Hvis ja; Har du brukt slike medisiner i dag?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7.4

Hjelpemiddel:

Bilde av alle Inhalasjonssteroider med ulike device

Bilde av alle Komb ICS og LAB2A med ulike device (Symbicort/Seretide)

Be personen angi de han/hun bruker og spør så konkret om disse i spørsmålene under.

7.4 Har du brukt medisiner som aerobic, beclomet, becotide, flutide, pulmicort symbicort eller seretide regelmessig noen gang?

*Hvis ja:*

7.4.1 Har du brukt slike medisiner regelmessig siste halvår?

*Hvis ja;*

7.4.1.2 hvilken av disse?

- Becotide/Aerobec/Beclomet
- Flutide
- Pulmicort
- Seretide
- Symbicort
- Vet ikke

7.4.1.3 Hvor mange av de siste 12 måneder har du brukt denne medisinen?  mnd

7.4.1.4 Hvordan bruker du slike medisiner?

- Samme dose hver dag uten endring   
Fast grunddose, men dobler denne i kortere perioder   
Fast grunddose, men øker antall doser fritt ut fra symptomer   
Ikke fast dose, men starter med medisin ved symptomer

7.4.1.5 Har du og legen avtalt en plan for variasjon i dose av vedlikeholdsmedisinen når symptomene endrer seg?

7.4.1.6 Hvis du tenker på siste uke: (pek ev. på bildet)

Hvilken styrke har medisinen du bruker?  ug (se fig)

Hvor mange doser har du tatt per dag (totalt per døgn)?

Ikke brukt slik medisin siste uke

Har du brukt slike medisiner siste 3 dager?

Hvis ja: har du tatt slike medisiner i dag?

7.4.1.5 Hvor lenge har du totalt brukt medisiner som aerobec, becotide, Beclomet, flutide, Pulmicort, Seretide, Symbicort?

< 6 mnd       6-12 mnd       1-4 år       5-10 år       11-15 år       16 år+

7.5 Har du noen gang i ditt liv brukt kortisonpiller (prednison, prednisolon, celeston) for pustevansker/astma?

Hvis ja:

7.5.1 Har du brukt kortisonpiller regelmessig (hver dag) pga pustevansker siste 3 måneder? (utvidet fra 1 mnd forrige gang!)

Hvis ja,

7.5.1.2 Hvilken type? Prednison       Prednisolon       Celeston       Andre

7.5.1.3 Hvilken dose har du brukt i gjennomsnitt per dag siste uke:  mg

7.5.1.4 Hvor lenge har du sammenlagt brukt kortisonpiller (prednison, prednisolon, celeston) pga astma?

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

Hvis nei,

7.5.2 Dersom du ikke har brukt kortisonpiller regelmessig, har du tidligere brukt dette i perioder med forverrelse av sykdommen?

Hvis ja:

7.5.2.1 Hvor mange kurer siste år (12 mnd)

7.5.2.2 Hvor mange kurer totalt siste 2 år?

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

Hvis ja,

7.6.1 Har du brukt slik behandling regelmessig (daglig siste 3 måneder?)

Hvis ja:

7.6.2 Angi gjennomsnittlig dose per dag siste uke:  mg

7.6.3 Hvor lang tid har du brukt kortison-tabletter for annen sykdom enn astma?

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

### Injeksjoner

9. Har du noen gang fått kortisonsprøyte (f.eks for allergi, senebetennelse eller leddbetennelse)?

Hvis ja:

9.1 Hvorfor har du fått dette?

Allergi   
Senebetennelse   
Leddbetennelse   
Annet   
Vet ikke

9.2 Hvor mange slike sprøyter har du totalt fått siste 2 år?

9.3 Har du fått slik sprøyte siste 3 måneder?

### Pustebesvær i arbeid

10. Har du noen gang fått luftveisplager (hoste, oppspytt, tung pust eller pipelyder i brystet) i forbindelse med ditt arbeid?

Hvis nei på Avslutt yrkesspørsmål:

Hvis ja:

10.1 Bedret plagene seg ved fravær fra det aktuelle arbeidet (*helger, ferier, høytider*)?

Hvis ja:

10.2 Hvor mange år hadde du vært i dette arbeidet før du fikk luftveisplager på arbeid?  ÅR

9.3. Mener du at luftveisplagene dine ble forårsaket av eller forverret av påvirkninger i arbeidet?

Forårsaket       Forverret       Nei

9.4 Har legen din spurt om arbeidet ditt påvirker luftveisplagene?

Hvis ja:

Mente legen din at luftveisplagene hadde sammenheng med arbeidet?

Ja  Nei  Vet ikke

9.5 Hvilke påvirkninger på arbeidet førte til eller forverret luftveisplagene (Vis  
plansje?) (sett inntil 3 kryss)

støv   
sveiserøyk   
tobakksrøyk   
gass/damp   
reingjøringskjemikalier   
andre kjemikalier   
stress   
anstrengelse   
inneklime   
annet.....

9.6 Er du i det samme arbeidet i dag?

10.9 Har du fortsatt slike luftveisplager i arbeidet?

10.10 Har du noen gang vært borte fra arbeid på grunn av luftveisplager?

Hvis ja: egenmelding/sykmeldt 1-16 dager

Sykmeldt > 16 dager

9.11 Har du noen gang blitt omplassert eller skiftet arbeid på grunn av luftveisplager?

10. Har du noen gang fått målt lungefunksjon ved pusteprøve (ikke regn med forrige  
HUNT undersøkelse)?

Hvis ja: 10.1 Har du fått målt dette noen gang i løpet av siste 12 måneder?

10.2 Går du til regelmessige kontroller hos lege pga lungesykdom?