

10 Hormonpreparater

Har du noen gang brukt hormonpreparater med østrogen i forbindelse med overgangsalderen? Nei Ja

9591377775 ●

Hvis "JA": Angi alle hormonpreparater du har brukt før, og bruker nå

Eksempel	Bruker nå	Brukt tidligere	Alder ved start	år gammel	Brukt sammenhengende i	år	måneder
Activelle	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	4 8	år gammel	2	4	måneder
Livial	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 1	år gammel		1 1	måneder
Tabletter:							
Activelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Eviana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Indivina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Kliogest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Livial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Novofem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Ovesterin, Oestriol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Progynova, Estronorm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Trisekvens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Plaster med østrogen (eks.: Estraderm, Evorel, Estradot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Plaster med østrogen og progesteron (eks.: Estracomb, Estalis, Sequidot)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Stikkpiller/krem med østrogen (eks.: Vagifem, Ovesterin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Husker ikke navnet / annet navn ●	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		år gammel			måneder
Hvor lenge har du brukt hormonpreparater til sammen?							måneder ●



Helseforhold i dag

1 Mammografi

Har du tatt mammografi tidligere?

- Ja Nei Vet ikke

Hvis "JA":

Hvor tok du mammografi sist? (kun ett kryss)

- I det offentlige Mammografiprogrammet
 På et privat røntgeninstitut
 På et sykehus (ikke det offentlige Mammografiprogrammet)

Når tok du denne undersøkelsen?

- For mindre enn 1 år siden
 For 1-2 år siden
 For mer enn 2 år siden

2 Høyde og vekt

Hvor høy er du i dag? (hele) cm

Hvor mye veier du i dag? (hele) kg

3 Medisinbruk

Bruker du regelmessig medisiner, foreskrevet av lege, for noen av følgende sykdommer?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Depresjon/angst |
| <input type="checkbox"/> Leddgikt (reumatisk sykdom) | <input type="checkbox"/> Høyt kolesterol |
| <input type="checkbox"/> Benskjørhet (osteoporose) | <input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (sukkersyke) | <input type="checkbox"/> Hjertesykdom |
| <input type="checkbox"/> Sykdom i skjoldbruskkjertelen | <input type="checkbox"/> Astma |

Bruker du Albyl-E, Globoid, Aspirin eller Dispril som fast medikasjon?

- Ja Nei

Bruker du Ibox, Brexidol, Voltaren, Ibumetin, Naproxen eller Diclofenac som fast medikasjon?

- Ja Nei

4 Røykevaner

Røyker du?

- Nei, har aldri røykt
- Nei, sluttet for år måneder siden
- Ja, jeg røyker om lag sigaretter pr. uke

5 Alkohol

Angi gjennomsnittlig alkoholforbruk per måned

- Driker ikke alkohol glass rødvin/hvitvin
- halvlitere øl glass hetvin/brennevin

● 174437777

6 Mosjon og trening

Hvor mye mosjonerer du ukentlig?

Mosjon: Lette gå- og sykkelturner, arbeid i hagen, snømåking og lignende

- Mosjonerer ikke
 0-1 time pr. uke
 2-3 timer pr. uke
 4-5 timer pr. uke
 6+ timer pr. uke

Hvor mye trener du ukentlig?

Trening: Regelmessige aktiviteter med høy intensitet av minst 1/2 times varighet hver gang, f. eks. aerobic, løping, sykling

- Trener ikke
 0-1 time pr. uke
 2-3 timer pr. uke
 4-5 timer pr. uke
 6+ timer pr. uke

7 Inngrep i bryst og underliv

Har du gjennomført brystreduksjon?

- Nei Ja, da jeg var år gammel

Har du operert inn brystprotese?

- Nei Ja, da jeg var år gammel

Har du fjernet begge eggstokkene?

- Nei

Nei, jeg fjernet én eggstokk

- Ja, jeg fjernet begge da jeg var år gammel
 Vet ikke om én eller begge er fjernet

Har du fjernet livmoren?

- Nei år gammel
 Ja, da jeg var år gammel
 Vet ikke

8 Menstruasjon

Har du fortsatt menstruasjon?

Om menstruasjonen er regulert av hormonpreparater, svar "Ja"

- Ja ●
 Vet ikke, menstruerer uregelmessig
 Nei, menstruasjonen stoppet da jeg var år gammel

9 Mammografiprogrammet

Hvordan vurderer du informasjonen om Mammografiprogrammet i invitasjonsbrevet og brosjyren?

- Veldig god Mangelfull
 God Veldig mangelfull

Vil du anbefale andre kvinner å delta i det offentlige Mammografiprogrammet?

- Ja Nei Vet ikke