

Helseforhold før 50-års alder

Dette skjemaet inneholder spørsmål om forhold som stort sett ikke forandres, f.eks utdanning. Du vil motta skjemaet kun én gang. Du kan delta i Mammografiprogrammet selv om du ikke leverer spørreskjemaet.

Informasjonen du gir vil lagres ved Kreftregisteret, uten tidsbegrensning. Den blir behandlet konfidensielt. Du har innsynsrett til egne opplysninger, og du kan til enhver tid be om at svarene dine slettes. Innlevering av skjema anses som samtykke til at svarene kan brukes slik det her er redegjort for. Spørsmål kan rettes til Kreftregisteret, telefon **22 45 13 00**

Hvordan fylle ut skjemaet?

Skjemaet leses maskinelt

- Sett kryss eller tall
- Bruk svart eller blå penn
- Ikke bruk desimaler
- Ved feil avkryssing:
Fargelegg hele boksen

Noen spørsmål kan være vanskelig å besvare. Anslå likevel så godt du kan. Husk å ta med utfyllt skjema når du møter til mammografi. **Takk for hjelpen!**



2.1

1 Fødested

Hvor er du født?

3413118405

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Norge | <input type="checkbox"/> Asia |
| <input type="checkbox"/> Europa utenfor Norge | <input type="checkbox"/> Afrika |
| <input type="checkbox"/> Nord-Amerika | <input type="checkbox"/> Oceania/Australia |
| <input type="checkbox"/> Latin-Amerika | |

2 Skolegang/utdanning

Hva er din høyeste fullførte skolegang/utdanning?

- Ingen fullført skolegang
- Grunnskole (barne-, ungdoms-, framhalds-, realskole)
- Videregående (gymnas, yrkes-, handels-, husmorskole)
- Universitets-/høgskoleutdanning inntil fire år
- Universitets-/høgskoleutdanning mer enn fire år

3 Høyde og vekt som barn og ungdom

Sett ett kryss i hver kolonne

7-års alder:
(1. klasse)

Vekt Høyde

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mye under middels
Noe under middels
Middels
Noe over middels
Mye over middels

15-års alder:
(konfirmasjon)

Vekt Høyde

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva var din fødselsvekt? gram

4 Menstruasjon

Hvor gammel var du ved første menstruasjon?

år gammel Aldri hatt menstruasjon

5 Sterilisering

Har du blitt sterilisert?

Nei Ja, da jeg var år gammel

6 P-piller og hormonspiral

Har du brukt p-piller?

- Nei
- Ja, jeg begynte å bruke p-piller første gang da jeg var år gammel

Bruker du p-piller nå?

Nei Ja

Til sammen har jeg brukt p-piller i

år måneder

Har du brukt hormonspiral (Levonova/Mirena)?

- Nei
- Ja, jeg begynte å bruke hormonspiral første gang da jeg var år gammel

Bruker du hormonspiral nå?

Nei Ja

Til sammen har jeg brukt hormonspiral i

år måneder

7 Svangerskap og amming

Har du gjennomført svangerskap med varighet lenger enn seks måneder?

- Nei
- Ja, jeg har gjennomført (tvillinger regnes som ett svangerskap) og har født svangerskap levende barn

Hvor gammel var du ved starten av første svangerskap som varte lenger enn seks måneder?

år gammel

Har du ammet?

- Nei
- Ja, til sammen har jeg ammet i måneder

8 Brystkreft i familien

Har du hatt brystkreft?

- Nei
 Ja, jeg fikk diagnostisert brystkreft da jeg var år gammel

Har din mor/søster/datter hatt brystkreft?

- Nei
 Vet ikke
 Ja, hun fikk diagnostisert brystkreft da hun var år gammel
(Hvis flere, oppgi yngste alder)

Har din mormor/mors søster/farmor/fars søster hatt brystkreft

- Nei
 Vet ikke
 Ja, hun fikk diagnostisert brystkreft da hun var år gammel
(Hvis flere, oppgi yngste alder)

9 Forandringer/kuler i brystet

Har du tatt prøve av godartede forandringer/kuler i brystet?

- Nei Ja, i høyre bryst
 Ja, i begge bryst Ja, i venstre bryst

Har du fjernet godartede forandringer/kuler i brystet?

- Nei Ja, i høyre bryst
 Ja, i begge bryst Ja, i venstre bryst

10 Røykevaner

Sett ett kryss på hver linje

	Røykte ikke	Røykte kun i helger	Røykte daglig. Gjennomsnittlig antall sigaretter per dag				
			<1	1-4	5-9	10-19	20+
10-14 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du noen gang røykt minst én gang i uken i seks måneder eller mer?

- Nei
 Ja, jeg begynte da jeg var år gammel

11 Mosjon og trening

Sett ett kryss på hver linje

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

	Mosjonerte ikke	Gjennomsnitt per uke			
		0-1 time	2-3 timer	4-5 timer	6+ timer
15-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sett ett kryss på hver linje

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

	Trente ikke	Gjennomsnitt per uke			
		0-1 time	2-3 timer	4-5 timer	6+ timer
15-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Alkohol

Angi gjennomsnittlig alkoholinntak per måned

	Drakk ikke	Øl (ant. halvliter)	Rødvin/hvitvin (ant. glass)	Hetvin/brennevin (ant. glass)
15-19 år	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
20-29 år	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
30-39 år	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
40-49 år	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Tusen takk for hjelpen!

9235118403