

Personnummer \_\_\_\_\_

Namn \_\_\_\_\_

---

## FRÅGEFORMULÄR FÖR HÄRDPLASTER/ISOCYANATER

---

- |   | Ja   | Nej  |
|---|--|--|
| 1. Har du haft astma som barn (upp till 15 år)?   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 2. Har du haft astma efter 15 års ålder?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 3. Har du som barn haft hösnuva eller annan form av allergisk snuva?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 4. Har du haft hösnuva eller annan form av allergisk snuva efter 15 års ålder?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 5. Har du haft eksem som barn, t ex böjveckseksem?  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 6. Har du haft eksem efter 15 års ålder?<br>i så fall var? _____  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 7. Har du eller har du haft någon annan allergisk sjukdom, t ex allergi mot djur?<br>I så fall vad? _____   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 8. Har du ibland fått andfåddhet eller pip i bröstet eller svår hosta av någon eller några av nedan uppräknade orsaker?<br>- ansträngning<br>- kyla<br>- dammiga och rökiga miljöer<br>- bilavgaser eller andra luftföroreningar<br>- starka dofter, t ex parfym, kryddofter, rengöringsmedel eller trycksvärta | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 9. Brukar du få pip i bröstet vid förkylning?   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |
| 10. Brukar du bli trång i luftrören vid förkylningar?   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   |

- |  | Ja                       | Nej                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. Har du ibland fått snuva, rinnande ögon eller känt obehag i svalget?<br>- av starka dofter (parfym, lösningsmedel etc) eller<br>- av en eller annan form av rök eller spray? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Brukar du hosta minst 6 gånger på en dag?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Har du hosta på detta sätt dagligen under minst 3 månader per år?<br>Om ja sedan hur länge? År _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Brukar du hosta upp slem någon gång under dagen under minst<br>3 månader per år?<br>Om ja, sedan hur många år? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Har du någon gång haft luftrörskatarr som varat i minst 1 månad?<br>I så fall när? År _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Brukar du ofta bli förkyld?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Är du mer andfådd än dina jämnåriga vid fysisk ansträngning?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Besväras du av andfåddhet på nätterna?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Har du något annat fel på lungor eller luftrör?<br>I så fall vad? När upptäcktes sjukdomen? År _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Har du röntgat lungorna eller skärmbildats tidigare?<br>Om ja, var och när _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Är du eller har du någonsin varit rökare?<br>Om ja, under tiden? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |