

Enkät uppföljning efter Cryptosporidium-utbrottet vintern 2010/2011. (vuxna)

(Sätt ett kryss i rutorna och använd kulspetspenna)

Födelseår: (åååå)

Jag är: man kvinna

1. Har du de senast tre månaderna haft några av följande symtom

	1-2 dagar	2-6 dagar	1 vecka eller mer	Nej
- diarré med 3 eller fler lösa avföringar per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vattning diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- blod i diarrén	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- buksmärtor/magkramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kräkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- illamående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ont i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- trötthet/utmattning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aptitlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- viktnedgång	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
om viktnedgång: <input type="text"/> (antal kilo)				
- ledbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- stela leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ledvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- svullna leder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Om du har haft några av symtomen i fråga 1, hur sjuk har du känt dig?

Sätt en kryss i den ruta som stämmer bäst överens för dig. 0 = inte alls sjuk och 10 = mycket sjuk.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>	<input type="checkbox"/>



15001



01

3. Har du de senaste 3 månaderna varit hemma från arbete/studier på grund av att du haft symtom enligt fråga 1?

Ja

Nej

Om ja, hur länge?

(antal dagar)

4. Har du besökt sjukvården de senaste 3 månaderna för den symptomen i fråga 1?

Kryssa i ett eller flera alternativ.
Kommentera gärna vid fråga 10.

nej

ja, hälsocentral

ja, sjukhus

5. Har du något/några av följande besvär eller sjukdomar:

Ja

Nej

- magsårsbesvär

- irriterad tarm (IBS)

- inflammatorisk tarmsjukdom
(Ulcerös kolit eller Crohns sjukdom)

- glutenintolerans

- laktosintolerans

- andra långvariga tarmbesvär

- diabetes

- KOL/astma

- hjärtsvikt

- reumatisk ledsjukdom

- cancer

6. Behandlas du nu med något/några av följande läkemedel?

Ja

Nej

- medicin mot magsår/sura uppstötningar
(t ex Omeprazol, Losec, Nexium)

- kortisontabletter

- cellgifter eller andra läkemedel som nedsätter immunförsvaret?



Tack för att du tog dig tid att besvara frågorna!

***Vi vill gärna att du skickar ditt svar
så snart möjligt i bifogat svarskuvert.***

