

Spørreskjema om helse
for dykkere



Yrkesmedisinsk Avdeling
Haukeland Sykehus
5021 BERGEN

Kari Troland, Marit Grønning og Harald Nyland

Desember 1999

Vær snill å besvare hele spørreskjemaet. Hvis du ikke kan gi helt nøyaktige svar, fyll ut etter beste evne. Kryss av i den som passer best

Generelle opplysninger

.....
Etternavn

.....
Fornavn

.....
Tidligere etternavn

Mann 1 Kvinne 2

Fødselsnr (11 siffer)

.....

dag mnd år personnummer

.....
Adresse

.....
Postnummer Poststed

Telefon Arbeid
Privat
Mobil

Sivil status (sett kryss)

Gift..... 1
Ugift..... 2
Enke(mann)..... 3
Samboer..... 4
Skilt/separert..... 5. Evt når

Barn (antall og alder): Antall:.....

Alder:,,,,

Utdanning

Grunnskole..... 1
Videregående (allmennfag)..... 2
Videregående (yrkesfag)..... 3
Høyskole (eks. teknisk skole,
distriktshøyskole, sykepleie)..... 4
Universitet (også NTH, NHH)..... 5

Yrke / arbeidssituasjon

Hvordan er din arbeidssituasjon nå?

Fulltids lønnsarbeid..... 1
Deltids lønnsarbeid..... 2
Ulønnet arbeid (f.eks. hjemme)..... 3
Selvstendig næringsdrivende..... 4
På attføring..... 5
Arbeidsledig..... 6
Langtids sykemeldt..... 7
Student (omskolering)..... 8
Uførepensjonert..... 9

Innvilget yrkesskadetrygd..... ja nei

Hva er ditt nåværende yrke?

Industri / verksted / anlegg /
byggningsarbeid..... 1
Jordbruk /skogsarbeid..... 2
Fisker / sjømann..... 3
Kontor / handel /servicearbeid..... 4
Helsearbeid..... 5
Lærer/undervisning/forskning..... 6
Landtransport (sjåfør m.m.)..... 7
Administrativt arbeid (off. el. privat)..... 8
Husarbeid i hjemmet..... 9
Annet..... 10

.....
.....

Dykkerutdanning

Spesifiser type og år

Sportsdykkerkurs *..... år.....
Kurs i marinen..... år.....
Yrkesdykkerskole..... år.....
Annen dykkerutdanning**..... år.....

* type kurs og hvor

** type utdanning og hvor

.....

Dykke erfaring

(angi så nøyaktig som mulig)

Sportsdykker Yrkesdykker
Hvilket år begynte du å dykke?..... 19.....
Hvilket år sluttet du å dykke?..... 19.....

Hvor mange år har du vært yrkesdykker _____

Antall luftdykk totalt _____
Antall metningsdøgn totalt..... _____
Antall døgn > 180 msv..... _____
Antall timer i metning..... _____
Antall Bounce-dykk..... _____
Max dykke-dybde..... _____

Trykkfallsyke

Har du noen gang hatt trykkfallsyke? (kryss av)

Aldri.....
Hud bends..... antall

Ledd bends..... antall

Ryggmarg/cerebral bends.... antall

Annent type:.....

Har du ved disse hendelsene blitt undersøkt og behandlet av lege?

alle de fleste sjelden ingen

Ca. antall behandlede

Ca. antall ubehandlede

Har du ved disse hendelsene vært innlagt på sykehus?

alle de fleste sjelden ingen

Sykdommer

Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer/tilstander? (kryss av for de(n) du har hatt og angi når)

Tidsrom (fra - til)
 Allergi (type)..... |.....
 Bihuleplager..... |.....
 Astma..... |.....

Høyt blodtrykk..... |.....
 Hjertelidelse..... |.....
 Suktorsyke..... |.....
 Bruddskader..... |.....
 Hjernerystelse/hodeskade..... |.....
 Annen nevrologisk skade..... |.....
.....
 Epilepsi..... |.....
 Migrene..... |.....
 Leddgikt..... |.....
 Kreft..... |.....
 Psykiske problemer..... |.....
.....

Symptomer

Har du for tiden noen av disse symptomene?

(Sett kryss ved de(t) aktuelle, utdyp evt. nedenfor)

Hjerterbank selv om du ikke har arbeidet hardt og ikke er redd.
 Skjelver på hånden selv om du ikke fryser eller er redd?
 Svette/ får svettetokter?
 Ekstra trykkfølelse i brystet når du arbeider?
 Nummen, følelsesløs, prikking, stikking i hender og/eller føtter uten noen spesiell grunn?
 Smerter i hender og/eller føtter uten noen spesiell grunn?
 Svakheter i hender og/eller føtter uten noen spesiell grunn?
 Ustø, uten noen spesiell grunn, når du går
 Svimmelhet på land?
Type svimmelhet: karusell sjøgang
 Øresus eller ringing i ørene: ve hø

 Nedsatt hørsel?
 Blir lett sjøsyk eller bilsyk?
 Problemer med oppmerksomhet?
 Problemer med glemsomhet?
 Irritabel?
 Nedfor / depriment?
 Engstelig?
 Unormalt tretthet?
 Søvnvansker?
 Problemer med vannlatingen?

- Hyppig hodepine?
- Ryggsmarter?
- Leddsmerter?

Medikamenter

Angi medisiner du bruker, hvilken dagsdose du bruker og når du begynte med medisinen.

Medikament	Dose	påbegynt
.....
.....
.....
.....
.....

Tobakk

- Aldri røkt
- Ja, røker i gjennomsnitt pr. dag:sigaretter
- Hvor lenge har du røktår
- Sluttet (hvor lenge siden?)år

Alkohol

Hvor mye alkohol drakk du gjennomsnittlig pr. uke det siste året du var aktiv dykker?

(1 alk.enhet = en liten flaske pils = et glass vin = en drink)

- totalt avholdende
- mindre enn 6 enheter pr. uke
- 6 - 12 enheter pr. uke
- 12 - 18 enheter pr. uke
- 18 - 24 enheter pr. uke
- mer enn 24 enheter pr. uke

Tåler du mindre alkohol nå enn før? ja nei

Hvor mye alkohol har du drukket gjennomsnittlig pr. uke det siste året?

- totalt avholdende
- mindre enn 6 enheter pr. uke
- 6 - 12 enheter pr. uke
- 12 - 18 enheter pr. uke
- 18 - 24 enheter pr. uke
- mer enn 24 enheter pr. uke

Vekt og høyde

Hva veide du da du dykket kg

Hva veier du nå?..... kg

Hvor høy er du?..... cm

Fysisk aktivitet

Hvor ofte gjør du følgende:

Kortvarig fysisk aktivitet (mindre enn 20 min) som gjør deg andpusten.....

- Omtrent daglig
- 4-5g pr uke
- 2-3g pr uke
- 1 g pr uke
- 1-3 g pr mnd
- sjelden/aldri

Fysisk aktivitet over 20 min som gjør deg svett eller andpusten.....

- Omtrent daglig
- 4-5g pr uke
- 2-3g pr uke
- 1 g pr uke
- 1-3 g pr mnd
- sjelden/aldri

Spasertur av minst 1 times varighet

- Omtrent daglig
- 4-5g pr uke
- 2-3g pr uke
- 1 g pr uke
- 1-3 g pr mnd
- sjelden/aldri

Tungt fysisk arbeid

- Omtrent daglig
- 4-5g pr uke
- 2-3g pr uke
- 1 g pr uke
- 1-3 g pr mnd
- sjelden/aldri

Hvor mange timer pr. uke trener eller mosjonerer du?timer

Helseøkonomi

Har du på grunn av plager knyttet til dykking hatt behov for tjenester fra:

- Fysioterapeut
- Hjemmesykepleier
- Lege
- Psykolog
- Sosionom
- Sykehusopphold

Utdyp om tidsrom og varighet

.....

Har du mottatt trygdeytelser? I så fall:

Hva slags ytelse:.....

Følt deg trett 1 2 3 4 5 6 7

Trettheten gir hyppige problemer for meg 1 2 3 4 5 6 7

Marker hvor godt hver av disse påstandene passer på deg (ved å sette kryss)

	Helt riktig	Delvis riktig	Vet ikke	Delvis galt	Helt galt
Det virker som jeg blir lettere syk enn andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg forventer at min helse vil bli dårligere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min helse er utmerket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trettheten påvirker evnen til å utføre plikter og oppgaver

sterkt uenig 1 2 3 4 5 6 7 helt enig

Trettheten er ett av mine verste symptomer

1 2 3 4 5 6 7

Trettheten påvirker mitt arbeid, familien og det sosiale liv

1 2 3 4 5 6 7

Hvordan tror du din helse ville vært nå dersom du ikke hadde drevet med dykking?

mye bedre litt bedre omtrent den samme
 litt dårligere mye dårligere

Tretthet skala (FSS)

Marker hvor enig du er i hvert utsagn ved å ringe rundt det tallet som passer (1 er sterkt uenig og 7 er helt enig)

Min motivasjon er mindre når jeg er trett

sterkt uenig 1 2 3 4 5 6 7 helt enig

Fysisk aktivitet fører til tretthet.

1 2 3 4 5 6 7 7

Jeg blir fort trett 1 2 3 4 5 6 7

Trettheten reduserer min fysiske kapasitet 1 2 3 4 5 6 7

Takk for innsatsen!

Husk å bringe med skjemaet i utfylt stand til undersøkelsen

SPØRRESKJEMA

FOR
DEL

AV DEN

PROSPEKTIVE EPIDEMIOLOGISKE UNDERSØKELSEN

AV

**MULIGE HELSEEFFEKTER
FORÅRSAKET AV DYKKING**

Otologi

Nevrologi

Lunge

Nevropsykologi

(02.10.97 Versjon 1.0/shgn)

© Copyright shgn

α prosjektet¹

Haukeland Sykehus,
5021 Bergen, Norge

NB! FYLL UT KUN AKTUELLE POSTER I SKJEMAET.

Ved utfylling av skjemaet ved kontrollundersøkelse (dvs. ved 2. eller 3. gangs utfylling) kan hele hovedspørsmålsbokser strykes ut med et stort kryss dersom det *ikke* er tilkommet nye faktorer eller opplysninger innen den aktuelle problemstilling siden siste utfylling.
Følgende punkter skal allikevel alltid fylles ut: p.1.1, p.6, p.8 og p.12.

¹ I regi av Haukeland Sykehus og Nutaø

Dato Spørreskjema for α -prosjektet
HAUKELAND SYKEHUSDykkernr **1. PERSONOPPLYSNINGER SOM VIL BLI LAGRET SEPARAT OG SOM IKKE VIL KUNNE KOBLES TIL DE ØVRIGE MEDISINSKE OPPLYSNINGENE I SKJEMAET**

NBI Opplysningene i kap. 1 vil bli oppbevart separert fra de medisinske opplysningene i skjemaet. Dvs. at de medisinske opplysningene som du oppgir i skjemaet ikke vil kunne kryttes til deg uten at du skriftelig har godkjent en slik kobling.

1.1	Personalia		
1.1.1	Etternavn	<input type="text"/>	Fornavn <input type="text"/>
1.1.2	Adresse <input type="text"/>		
1.1.3	Postnr.	<input type="text"/>	Sted <input type="text"/>
1.1.4	Telefon <input type="text"/>		
1.1.5	Personnr. (11 siffer) <input type="text"/>		
Kommentarer			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

1.2	Foreldre/pårørende (For å kunne finne fram til deg ved flytting, skifte av arbeidsgiver etc.)		
1.2.1	Etternavn	<input type="text"/>	Fornavn <input type="text"/>
1.2.2	Adresse <input type="text"/>		
1.2.3	Postnr.	<input type="text"/>	Sted <input type="text"/>
1.2.4	Telefon <input type="text"/>		
Kommentarer			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			

Dato Spørreskjema for α -prosjektet
HAUKELAND SYKEHUSDykkernr

2. GENERELLE OPPLYSNINGER

2.1 Personopplysninger						
2.1.1	Sivilstand	<input type="checkbox"/> Enslig	<input type="checkbox"/> Gift	<input type="checkbox"/> Samboer	<input type="checkbox"/> Skilt	<input type="checkbox"/> Enke(mann)
2.1.2	Kjønn	<input type="checkbox"/> Mann	<input type="checkbox"/> Kvinne			
2.1.3	Egne barn	Antall sønner		Antall døtre		
2.1.4	Søsken	Antall brødre		Antall søstre		Nr. i flokken

2.2 Utdanning						
2.2.1	Tidligere utdanning	<input type="checkbox"/> 9-årig	<input type="checkbox"/> Videregående	<input type="checkbox"/> Høyskole	<input type="checkbox"/> Universitet	
		<input type="checkbox"/> Annet (spesifiser)				
2.2.2	Tidlig. dykke utdanning	<input type="checkbox"/> Sportsdykkerkurs (spesifiser)				
		<input type="checkbox"/> Kurs i marinen (spesifiser)				
		<input type="checkbox"/> Kommersiell dykkeskole (spesifiser)				
		<input type="checkbox"/> Annen dykkeutdanning (spesifiser)				

2.3 Dykke erfaring						
2.3.1	Begynte du som sportsdykker?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja			
2.3.2	Dykket du i det militære?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja			
2.3.3	Hvilket år begynte du å dykke?					
2.3.4	Angi antall overflatedykk (totalt)					
2.3.5	Angi antall metningsdykk (>180 m)					
2.3.6	Hvor mange dager totalt har du vært i metning?					
2.3.7	Hvor mange år har du vært yrkesdykker?					
2.3.8	Hvor mange dager har du vært under trykk siste år?					
2.3.9	Hvor dypt har du dykket (maks dybde)?					

3. SYKDOM I SLEKTEN

3.1 Angi hvilke famillememmer som du vet har hatt/har en av de følgende sykdommer (for søsken og barn skal du angi antallet som evt. har sykdommen):												
	Sykdom	Ingen	Far	Mor	Farfar	Farmor	Mormor	Morfar	Søster	Bror	Sønn	Datter
3.1.1	Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.1.2	Migræne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.1.3	Annen nevrolog. sykd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Hvilken											
3.1.4	Allergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.1.5	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.1.6	Reumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.1.7	Alderssukkersyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.1.8	Sukkersyke (vanlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.1.9	Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Type											
3.1.10	Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.1.11	Hjertesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Hvilken											

Dato Spørreskjema for α -prosjektet
HAUKELAND SYKEHUSDykkernr

3.2 Angi hvem i slekten som har/hadde nedsatt hørsel (sett kryss, for søsken og barn skal du angi antallet)												
Begrunnelse	Ingen	Far	Mor	Farfar	Farmor	Mormor	Morfar	Søster	Bror	Sønn	Datter	
3.2.1 Arv/Fødselskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.2.2 Infeksjon/antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.2.3 Skade/skallebrudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.2.4 Otosklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.2.5 Akusticusnevrinom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.2.6 Ø reoperasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.2.7 Støy/aldring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.2.8 Annen /ukjent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hvilken												

3.3 Angi hvilke hvem i slekten som bruker/brakte høreapparat (sett kryss, for søsken og barn skal du angi antallet)												
Omfang	Ingen	Far	Mor	Farfar	Farmor	Mormor	Morfar	Søster	Bror	Sønn	Datter	
3.3.1 Ene øret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.3.2 Begge ørene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

4. SYKDOMMER

4.1 Generelt Har du hatt/ har du noen av følgende sykdommer/ medisinske tilstander? (sett kryss)							
Sykdom	Svar			Spesifiser (Antall ganger, når, etc.)			
4.1.1 Fødselskade	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.2 Feberkrampe	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.3 Meslinger	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.4 Røde hunder	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.5 Kusma	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.6 Vannkopper	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.7 Eksem	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.8 Gresspollenallergi	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.9 Trepollenallergi	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.10 Dyrealergi	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.11 Husstøvallergi	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.12 Matvareallergi	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.13 Medisinallergi	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.14 Bihuleplager	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.15 Astma	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.16 Influensa/forkjølelse	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.17 Bronkitt	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.18 Lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.19 Lungetuberkulose	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.20 Hjertekrampe	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.21 Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.22 Annen hjerteleidelse	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.23 Kreft	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.24 Magekatar	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.25 Magesår	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.26 Mageoperasjon	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.27 Andre mageplager	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.28 Hepatitt	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.29 Bet. i bukspyttkjertelen	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.30 Nyresten	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.31 Sukkersyke	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	
4.1.32 Bruddskader	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Vet ikke	

Dato Spørreskjema for α -prosjektet
HAUKELAND SYKEHUSDykkernr

4.2 Symptomer fra nervesystemet		
4.2.1	Hender det at du får hjertebank selv om du ikke har arbeidet hardt og ikke er redd?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
4.2.2	Hender det at du er skjelven på hånden selv om du ikke fryser eller er redd?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
4.2.3	Hender det at du svetter/får svettetokter uten noen sælig grunn?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
4.2.4	Hender det at du får en ekstra trykk-følelse i brystet når du arbeider?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
4.2.5	Hender det at du er nummen, følelsesløs eller føler prikking/stikking i hender og/eller føtter uten noen spesiell grunn	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
4.2.6	Hender det at du har smerter i hender og/eller føtter uten noen spesiell grunn?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
4.2.7	Hender det at du føler svakhet i hender og/eller føtter uten noen spesiell grunn?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
4.2.8	Hender det at du er ustø når du går uten noen spesiell grunn	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

4.3 Nevrologi		
Har du hatt/ har du noen av følgende sykdommer/ medisinske tilstander? (sett kryss)		
Sykdom	Svar	Spesifiser (Hyppighet, når, etc.)
4.3.1	Hjernerystelse <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.2	Migrene <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.3	Annen hodepine <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.4	Brudd på hodeskallen <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.5	Nakke/rygg skade <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.6	Hjernerblødning <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.7	Hjernerinnebetennelse <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.8	Hjernebetennelse (virus) <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.9	Epilepsi <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.10	Lumbago <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.11	Ischias <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.12	Psykiatrisk lidelse <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	
4.3.13	Annen nevrologisk sykdom <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke	

4.4 Øresykdommer					
Har du hatt/ har du noen av følgende øresykdommer? (sett kryss)					
Sykdom	Nei	Høyre	Venstre	Vet ikke	Spesifiser (Hyppighet, når, etc.)
4.4.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4.2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.4.5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.5 Øreskader/Hørselskader/Balanseskader		
4.5.1	Har du hatt hodeskader som har påvirket balansen?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke
4.5.2	Har du hatt hodeskader som har påvirket hørselen?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vet ikke
4.5.3	Har du drevet med, eller driver du med skyting (sivil/militær)?	<input type="checkbox"/> Nei, aldri <input type="checkbox"/> Litt, sjelden <input type="checkbox"/> Noe, en del <input type="checkbox"/> Mye, ofte
4.5.4	Har du brukt ørevær ved skyting?	<input type="checkbox"/> Aldri <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Alltid
4.5.5	Er din taleforståelse svekket når det er bakgrunnstøy?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, pga. høyre øre <input type="checkbox"/> Ja pga. venstre øre <input type="checkbox"/> Ja, pga. begge ørene
4.5.6	Er hørselen din svekket for andre lyder enn tale?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Høyre øre <input type="checkbox"/> Venstre øre
4.5.7	Har høreprøver du har gjennomgått avdekket redusert hørsel som du selv ikke visste om?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Høyre øre <input type="checkbox"/> Venstre øre

Dato Spørreskjema for α -prosjektet
HAUKELAND SYKEHUSDykkernr

4.5.8	Opplever du øresus eller ringing i ørene?	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Alltid
4.5.8.1	Venstre øre	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Alltid
4.5.8.2	Høyre øre	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Alltid
4.5.9	Har du vært utsatt for støy som har ført til øresus?	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Alltid
4.5.9.1	Venstre øre	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Alltid
4.5.9.2	Høyre øre	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Sjelden	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Alltid
4.5.10	Har du vært utsatt for støy som har ført til redusert hørsel?	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Midlertidig	<input type="checkbox"/> Varig	<input type="checkbox"/> Vet ikke
4.5.10.1	Venstre øre	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Midlertidig	<input type="checkbox"/> Varig	<input type="checkbox"/> Vet ikke
4.5.10.2	Høyre øre	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Midlertidig	<input type="checkbox"/> Varig	<input type="checkbox"/> Vet ikke
4.5.11	Opplever du svimmelhet på land?	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Alltid	
4.5.11.1	Angi type svimmelhet	<input type="checkbox"/> Karusell	<input type="checkbox"/> Sjøgang	<input type="checkbox"/> Annet:	
4.5.12	Blir du seasyk, bilsyk eller reisesyk?	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Av og til	<input type="checkbox"/> Ofte	<input type="checkbox"/> Alltid

4.6	Ørekirurgi					
	Har du gjennomgått øreoperasjon?					
	Operasjon	Nei	Høyre	Venstre	Vet ikke	Spesifiser (Hyppighet, når, etc.)
4.6.1	Stukket hull på trommehin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6.2	Større øreoperasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.6.3	Annen/ukjent øreoperasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

4.7	Trykkrelaterte øreskader					
4.7.1	Har du opplevd hørselsreduksjon i sammenheng med trykkuttigning (barotraume/ 'skvis')					
4.7.1.1	Venstre øre	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, midlertidig	<input type="checkbox"/> Ja, varig	Når?	
4.7.1.2	Høyre øre	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, midlertidig	<input type="checkbox"/> Ja, varig	Når?	
4.7.2	Ble hørselstapet ledsaget av øresus?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, midlertidig	<input type="checkbox"/> Ja, varig		
4.7.3	Hvordan vil du karakterisere øresuset?	<input type="checkbox"/> Konstant	<input type="checkbox"/> Med jevne intervaller	<input type="checkbox"/> Av og til		
4.7.4	Når er øresuset plagsomt?	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Ved stillhet	<input type="checkbox"/> Ved søvn	<input type="checkbox"/> Alltid	
4.7.5	Har du opplevd svimmelhet i sammenheng med trykkuttigning?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, midlertidig	<input type="checkbox"/> Ja, varig	Når?	
		<input type="checkbox"/> Karusell	<input type="checkbox"/> Sjøgang	<input type="checkbox"/> Annet:		
4.7.6	Har du opplevd trykkfallsyke med øresymptomer?					
4.7.6.1	Venstre øre	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, midlertidig	<input type="checkbox"/> Ja, varig	Når?	
4.7.6.2	Høyre øre	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, midlertidig	<input type="checkbox"/> Ja, varig	Når?	
4.7.7	Har du opplevd symptomer fra ørene i forbindelse med andre dykke-relaterte skader/sykdommer?					
4.7.7.1	Venstre øre	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, midlertidig	Hvilket symptom?	Når?	
		<input type="checkbox"/> Ja, varig				
4.7.7.2	Høyre øre	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, midlertidig	Hvilket symptom?	Når?	
		<input type="checkbox"/> Ja, varig				
4.7.8	Har du opplevd svimmelhet (vertigo) under dykk?	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja, ved nedstigning	<input type="checkbox"/> Ja, ved stabil dybde	<input type="checkbox"/> Ja, ved oppstiging	Hva tror du årsaken var? <input type="checkbox"/> Trykkendringer <input type="checkbox"/> Temperaturendringer <input type="checkbox"/> Annet (spesifiser)

4.8	Dykkerrelaterte tilstander/sykdommer		Spesifiser (Hyppighet, når, etc.)
4.8.1	Har du hatt hodepine under dykk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
4.8.2	Har du hatt hodepine etter dykk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
4.8.3	Har du mistet bevisstheten under dykk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
4.8.4	Har du mistet bevisstheten etter dykk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
4.8.5	Har du vært svimmel under dykk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Karusell <input type="checkbox"/> Sjøgang <input type="checkbox"/> Annet:
4.8.6	Har du vært svimmel etter dykk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Karusell <input type="checkbox"/> Sjøgang <input type="checkbox"/> Annet:
4.8.7	Har du vært utsatt for oksygen mangel?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
4.8.8	Har du vært utsatt for oksygen forgiftning?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
4.8.9	Har du utført oksygen-dykk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	

Dato Spørreskjema for α -prosjektet
HAUKELAND SYKEHUSDykkernr **5. LEGEBESØK**

Benytt separate ark dersom det er nødvendig av plasshensyn.

5.1	Generelt				
5.1.1	Hvor mange uker har du vært sykemeldt siste 3 år?	<input type="checkbox"/>	<1 u	<input type="checkbox"/>	1 til 3 u
5.1.1.1	Årsaker til sykemelding	<input type="checkbox"/>	3 til 12 u	<input type="checkbox"/>	>12 u
5.1.2	Har du noen gang vært i full narkose?	<input type="checkbox"/>	Nei	<input type="checkbox"/>	Ja
		<input type="checkbox"/>	Vet ikke		

5.2	Allmenpraktiker				
	Angi når og hvorfor du fikk behandling av allmenpraktiserende lege (siste tre år)				
	År	Måned	Grunn for besøket		
5.2.1					
5.2.2					
5.2.3					
5.2.4					
5.2.5					

5.3	Spesialist (Dersom du har fylt ut skjemaet før, angi antall for siste 3 år)				
	Angi når og hvorfor du fikk behandling av spesialist				
	År	Måned	Grunn for besøket		
5.3.1					
5.3.2					
5.3.3					
5.3.4					
5.3.5					

5.4	Sykehusinnleggelse (Dersom du har fylt ut skjemaet før, angi antall for siste 3 år)				
	Angi når og hvorfor du ble lagt inn å sykehus				
	År	Måned	Varighet	Grunn for innleggelsen	Navn på sykehus
5.4.1					
5.4.2					
5.4.3					
5.4.4					
5.4.5					

6. NATURLIGE FUNKSJONER

Angi med en liten lodrett strek på den rette linjen (skalaen) hvordan du vil karakterisere angitt funksjon. Bruk de siste tre år som tidsreferanse (bruk litt tid og prøv å gi et så korrekt svar som mulig)					
	<i>Funksjon</i>	<i>Minimum</i>	<i>Skala</i>		<i>Maksimum</i>
6.1	Appetitt	Meget dårlig	_____		Veldig god
6.2	Søvn	Meget dårlig	_____		Veldig god
6.3	Urinerig	Ofte problematisk	_____		Alltid uten problemer
6.4	Avføring	Ofte problematisk	_____		Alltid uten problemer
6.5	Sex	Problematisk	_____		Uproblematisk

Dato Spørreskjema for α -prosjektet
HAUKELAND SYKEHUSDykkernr

7. MEDIKAMENTER

7.1	Beroligende eller smertestillende midler (eks. vallium, vival, paralgin forte, etc.) Angi år, varighet og hvilket medikament du har brukt					
	Medikament	År	Måned	Varighet	Dagsdose	Grunn for bruken
7.1.1						
7.1.2						
7.1.3						
7.1.4						
7.1.5						
7.1.6						
7.1.7						
7.1.8						
7.1.9						
7.1.10						

7.2	Andre medikamenter Angi om du bruker eller har brukt medisn for følgende (sykdoms)-tilstander, angi år, varighet, dosering (Angi VI [Vet ikke] dersom du ikke kjenner medikamentets navn)						
	Sykdomstilstand	Medikament	År	Måned	Varighet	Dagsdose	Kommentar
7.2.1	Depresjon						
7.2.2	Søvn						
7.2.3	Epilepsi						
7.2.4	Malaria						
7.2.5	Hjertesykdom						
7.2.6	Astma						
7.2.7	Astma						
7.2.8	Høyt blodtrykk						
7.2.9	Allergi						
7.2.10	Allergi						
7.2.11	Annen sykdom						
7.2.12	Annen sykdom						

8. ALKOHOL

Angi med en liten lodrett strek på den rette linjen (skalaen) hvor stor mengde alkohol du tåler						
	Funksjon	Minimum	Skala			Maksimum
8.1	Alkohol toleranse	Tåler nesten ikke alkohol	_____			Tåler store mengder alkohol
8.2	Hvor ofte drikker du alkohol?	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Daglig	<input type="checkbox"/> Ukentlig	<input type="checkbox"/> Månedlig	<input type="checkbox"/> Årlig
8.3	Angi alkoholforbruk pr. uke (1 enhet er 0,33 pils; angi gjennomsnitt)	Antall enheter: _____				
8.4	Hvor ofte drikker du deg full i løpet av et år?	<input type="checkbox"/> Aldri	<input type="checkbox"/> Ukentlig	<input type="checkbox"/> Månedlig	<input type="checkbox"/> Årlig	
8.5	Tåler du mer/mindre enn dine venner?	<input type="checkbox"/> Mye mer	<input type="checkbox"/> Mer	<input type="checkbox"/> Like mye	<input type="checkbox"/> Mindre	

9. TOBAKK

9.1 Generelt (besvares av røkere og ikke-røkere)		
9.1.1	Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig?	<input type="checkbox"/> Har aldri røkt regelmessig <input type="checkbox"/> Alder start:
9.1.2	Bruker du andre former for tobakk?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja Type <input type="text"/>

9.2 Røkere besvare		
9.2.1	Røker du daglig (flere kryss) Kommentarer	<input type="checkbox"/> Sigaretter Antall pr dag <input type="checkbox"/> Sigarer Antall pr. dag <input type="checkbox"/> Pipe Antall pk å 50g pr. uke <input type="checkbox"/> Annet Antall

9.3 Eks-røkere besvare		
9.3.1	Har du røkt daglig tidligere (flere kryss) Kommentarer	<input type="checkbox"/> Sigaretter Antall pr dag <input type="checkbox"/> Sigarer Antall pr. dag <input type="checkbox"/> Pipe Antall pk å 50g pr. uke <input type="checkbox"/> Annet Antall
9.3.2	Når sluttet du å røke?	<input type="checkbox"/> <3 måneder siden <input type="checkbox"/> <1 år siden <input type="checkbox"/> >1 år siden

10. LUNGEFUNKSJON

10.1 Hoste		
10.1.1	Hoster du vanligvis om morgenen?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
10.1.2	Hoster du vanligvis opp slim om morgene?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
10.1.3	Summer antall dager du hoster i løpet av et år. Overstiger tallet 90 dager?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
10.1.4	Har du i løpet av de 2 siste år hatt hoste og evt. oppkast av slim i tilknytning til en forkjølelse som har vart i 3 uker eller mer?	<input type="checkbox"/> Ja, en gang <input type="checkbox"/> Ja, flere ganger <input type="checkbox"/> Nei

11. ARBEIDSMILJØ

11.1 Generelt (svares på av alle)		
11.1.1	Hvilken jobb har du vært i lengst?	Hvor lenge
11.1.2	Har du hatt en jobb hvor du arbeidet i mye støv og eller gass?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
11.1.3	Har du arbeidet med betong?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
11.1.4	Har du arbeidet med tunnelarbeid?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
11.1.5	Har du arbeidet med andre former for stein-boring?	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

11.2 Asbest (svares kun på av dem som kan ha vært i kontakt med asbeststøv)		
11.2.1	Når kom du først i kontakt med asbest?	
11.2.2	Hvor lang tid tilsammen har du arbeidet i miljø med asbeststøv?	
11.2.3	Anslå i hvor stor grad du har vært utsatt for asbeststøv	<input type="checkbox"/> Lav <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Høy

11.3 Kvarts (svares kun på av dem som kan ha vært i kontakt med kvartsstøv)		
11.3.1	Når kom du først i kontakt med kvartsstøv?	
11.3.2	Hvor lang tid tilsammen har du arbeidet i miljø med kvartsstøv?	
11.3.3	Anslå i hvor stor grad du har vært utsatt for kvartsstøv	<input type="checkbox"/> Lav <input type="checkbox"/> Middels <input type="checkbox"/> Høy

Dato Spørreskjema for α -prosjektet
HAUKELAND SYKEHUSDykkernr

11.4 Støy		
Har du brukt følgende <i>undervannsredskap</i> eller har du deltatt i eller vært utsatt for følgende <i>undervannsaktiviteter</i> ? - I så fall, anslå hvor lang tid i timer (totalt) du har vært utsatt for støyen?		
<i>Støykilde under vann</i>	<i>Svar</i>	<i>Anslå tid i timer</i>
11.4.1 Vannjet (høytrykksspylar)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
11.4.2 Fjell-boring (pneumatisk)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
11.4.3 Fjell-boring (hydraulisk)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
11.4.4 Hydraulisk skrunøkkel/ hammer	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
11.4.5 Arbeid/tid brukt nær propeller til DP-fartøy	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
11.4.6 Arbeid/tid brukt nær seismiske eksplosjoner	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
11.4.7 Har du vært utsatt for eksplosjoner (eks. oxy-arch)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
11.4.8 Annet, spesifiser		

11.5 Hørselstap pga. støy under vann (svar dersom dette er relevant)		
11.5.1 Har noe av den undervannstøy eller noen av de undervannsredskaper du har brukt ført til øresus?		
11.5.1.1 Høyre øre	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Forbigående <input type="checkbox"/> Permanent	Kommentar
11.5.1.2 Venstre øre	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Forbigående <input type="checkbox"/> Permanent	Kommentar
11.5.2 Har noe av den undervannstøy eller noen av de undervannsredskaper du har brukt ført til nedsatt hørsel?		
11.5.2.1 Høyre øre	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Forbigående <input type="checkbox"/> Permanent	Kommentar
11.5.2.2 Venstre øre	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Forbigående <input type="checkbox"/> Permanent	Kommentar

11.6 Dykkeutstyr		
Har du brukt følgende <i>dykkeutstyr</i> ? - I så fall, anslå hvor lang tid (totalt) i timer du har brukt utstyret?		
<i>Dykkeutstyr</i>	<i>Svar</i>	<i>Anslå tid i timer</i>
11.6.1 Standard tung hjelm	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
11.6.2 Lett-vekts hjelm	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
11.6.3 Band-maske	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	
11.6.4 Lett dykkerutstyr (SCUBA)	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja	

Dato

Spørreskjema for α -prosjektet
HAUKELAND SYKEHUS

Dykkernr

13. ULYKKER/NESTEN-ULYKKER

Beskriv alle de ulykker eller nesten-ulykker du har vært utsatt for.

14. GENERELLE KOMMENTARER (SKRIV HVA DU MÅTTE HA PÅ HJERTET)

15. DYKKEEKSPONERING

Legg ved kopi av dykkerlogg-boken fra du begynte å dykke, fram til nå.

12. LIVSKVALITET

Angi livskvalitetsgrad med en liten loddrett strek på den rette linjen (skalaen)

12.1	Hvor aktiv er du? Mer trøtt enn normalt _____ Aktiv, full vigør
12.2	Hvor glad og fornøyd er du med livet? Deprimert _____ Tilfreds
12.3	Hvor godt mestrer du hverdagslige forstyrrelser, barn som skriker eller annet bråk? Blir lett irritert _____ Blir ikke affisert og aldri irritert
12.4	Hvor god er konsentrasjonsevnen din? - Kan du lese en avis i urolige omgivelser? Mestrer og deltar du i konversasjon / diskusjon i selskap med bakgrunnstøy og mange stemmer? Jeg orker ikke lese/delta i støyende omgivelser pga. manglende konsentrasjonsevne _____ Er i slike sammenhenger godt konsentrert og har generelt god konsentrasjonsevne
12.5	Hvor godt husker du avtaler og hvor du har lagt ting? Jeg husker dårlig og må stadig skrive huskelapper å minne meg selv om ting og tang _____ Jeg husker godt og skriver sjelden eller aldri huskelapper for å friske opp hukommelsen
12.6	Hvor godt husker du det du leser i avisen, artikler og bøker? Jeg mister ofte tråden og leser sjelden ut en bok eller artikkel jeg har begynt på _____ Jeg husker det jeg er interessert i og leser nesten alltid ferdig det lesestoff jeg påbegynner
12.7	Hvor godt mestrer du arbeidet ditt? - Har du problemer med å ta avgjørelser? Jeg mistykses i arbeidssituasjonen opplever ofte samarbeidsproblemer og unngår å ta viktige avgjørelser _____ Jeg mestrer arbeidet mitt godt, jeg har minimale samarbeidsproblemer og tar gjerne avgjørelser

Errata

- Page 10 The correct title of paper IV is *Hearing loss in divers: a 6-year prospective study*. The full reference to the published version is: Goplen FK, Aasen T, Grønning M, Molvaer OI, Nordahl SH. Hearing loss in divers: a 6-year prospective study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2011 Jan 19. [Epub ahead of print]. PMID 21246211.
- Page 22 The sentence starting with “Donald reported the acute effects of oxygen poisoning [...]” relates to reference number 15.
- Page 24 Last sentence: ”One of the purposes of this study was to [...]”

