

FRÅGEFORMULÄR TILL DIG SOM ÄR UTSATT FÖR HELKROPPSVIBRATIONER

SEKTION 1: ALLMÄN PERSONINFORMATION

Förnamn: _____ Efternamn: _____

Adress: _____

Personnummer: - Dagens datum _____

Födelsedatum: _____ Man Kvinna
Dag / Månad / År

Längd: _____ (cm) Vikt: _____ (kg)

SEKTION 1: UPPGIFTER OM DIN ARBETSMILJÖ

1.1. NUVARANDE ARBETE

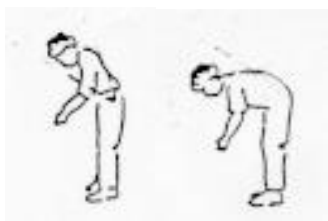
1. Vad är Ditt nuvarande arbete? _____
2. Inom vilken bransch (ex. jordbruk, skogsbruk, schakt) utför Du detta arbete?

3. När började Du arbeta inom detta yrke? (år) Månad

1.2. AKTIVITETER I DITT ARBETE

KROPPSSTÄLLNING

4. Inbegriper en normal arbetsdag i Ditt arbete att Du står eller går?
Om Nej, gå till fråga 9
5. Om Du summerar ihop all den tid som Du går eller står under en normal arbetsdag, hur många timmar blir det?
Mindre än 1 timme 1-3 timmar Mer än 3 timmar
6. Innehåller en normal arbetsdag ryggböjning enligt nedanstående figur?



Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 10!

7. Om Ja, hur lång tid böjer du Dig framåt på detta sätt och med en vinkel mellan 20 till 40 grader under en normal arbetsdag?
Mindre än 1 timme 1-2 timmar Mer än 2 timmar

8. Om Ja, hur lång tid böjer du Dig framåt på detta sätt och med en vinkel större än 40 grader under en normal arbetsdag?

Mindre än 1 timme 1-2 timmar Mer än 2 timmar

9. Innehåller en normal arbetsdag vridning av kroppen enligt nedanstående figur?



Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 11!

- 10a. Om Ja, hur lång tid vrider Du Din kropp på detta sätt och med en vinkel mellan 20 till 40 grader under en normal arbetsdag?

Mindre än 1 timme 1-2 timmar Mer än 2 timmar

- 10b. Om Ja, hur lång tid vrider Du Din kropp på detta sätt och med en vinkel större än 40 grader under en normal arbetsdag?

Mindre än 1 timme 1-2 timmar Mer än 2 timmar

11. Arbetar Du under en normal arbetsdag med händer och armar ovanför skulderna?

Om Nej, gå till fråga 12!

- 11a. Om Ja, om Du summerar ihop all den tid som Du arbetar med händer och armar ovanför skulderna under en normal arbetsdag, hur många timmar blir det?

Mindre än 1 timme 1-3 timmar Mer än 3 timmar

2.2.2. GRÄVNING

12. Innefattar en normal arbetsdag grävning eller skyfflande med spade? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 13

- 12a Om Ja, om Du summerar ihop all den tid som Du gräver eller skyfflar under en normal arbetsdag, hur många timmar blir det?

Mindre än 1 timme 1-3 timmar Mer än 3 timmar

2.2.3. SITTANDE

13. Innehåller en normal arbetsdag sittande (annat än fordonskörning) längre än 3 timmar i sträck?

Nej Ja, men jag kan stiga upp och röra mig när jag vill

Ja, men jag kan inte stiga upp och röra mig när jag vill

2.2.4. LYFTANDE

14. Behöver Du regelbundet lasta eller lasta av det/de fordon som Du kör genom att för hand förflytta tungt gods eller utrustning? Nej Ja

15. Hur lång tid under en normal arbetsdag lyfter Du gods tyngre än 15 kg? (jämförbart med en back dricka, ett 3-årigt barn eller en mindre resväska fylld med ägodelar)

OM DITT NUVARANDE ARBETE

Inte alls 1-15 minuter 15-45 minuter Mer än 45 minuter

Om *Inte alls*, gå till fråga 16

15a. Hur många gånger under en normal arbetsdag lyfter Du sådant gods med böjd kroppsställning såsom någon av bilderna nedan visar?



Inte alls 1-10 gånger Mer än 10 gånger

15b. många gånger under en normal arbetsdag lyfter Du sådant gods med böjd eller vriden kroppsställning såsom någon av bilderna nedan visar?



Ingen gång 1-10 gånger Mer än 10 gånger

2.2.5. KÖRNING

16. Har Du kört eller kör Du någon typ av fordon i Ditt nuvarande arbete? Nej Ja

(exempelvis bil, buss, lastbil, tåg, lastmaskin)

Om *Nej*, gå till fråga 20

17. Vilka av nedanstående fordon kör Du vanligtvis i Ditt arbete, och för hur lång tid i genomsnitt per vecka?

Typ av fordon	Markera om Du kör i arbetet (✓)	Uppskattningsvis hur många timmar och minuter per vecka
a) Personbil eller Van (exkl. till och från arbetet)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
b) Lastbil eller buss (som förare, inte passagerare)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
c) Motorcykel (exkl. till och från arbetet)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
d) Gaffeltruck	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
e) Traktor	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
f) Lastare	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
g) Dumper eller grävare	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
h) Skogsmaskin - skördare	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| i) Skogsmaskin - skotare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Skogsmaskin - markberedare | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k) Snöskoter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l) Fyrhjuling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m) Annan typ av tyngre fordon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Behöver Du någonsin köra med ryggen böjd framåt eller vriden i Ditt arbete? Aldrig Sällan Ofta

19. Upplever Du obehag på grund av vibrationer och stötar i Ditt arbete?

I uppåt-nedåt riktning Nej Ja

I framåt-bakåt riktning Nej Ja

I sidoriktning Nej Ja

2.3. DIN SYN PÅ DITT ARBETE

20. I Ditt arbete, har Du möjlighet att besluta:

- | | <i>Aldrig/nästan
aldrig</i> | <i>Sällan</i> | <i>Ibland</i> | <i>Ofta</i> |
|-------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Hur Du utför Ditt arbete? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Vad Du gör på jobbet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Ditt arbetsschema och raster? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. När Du har svårigheter i Ditt arbete, hur ofta får Du hjälp och stöd från Dina kollegor eller närmaste linjechef?

Inte tillämbart Aldrig Sällan Ibland Ofta

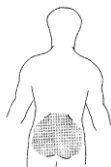
22. Hur nöjd har Du varit med Ditt jobb i sin helhet om Du beaktar allt?

Mycket missnöjd Missnöjd Nöjd Mycket nöjd

SEKTION 3: PERSONLIG MEDICINSK HISTORIA

I denna sektion ställs frågor om smärta eller besvär som Du kanske har haft i olika kroppsdelar under olika tidsperioder.

3.1. LÄNDRYGGEN (INKLUDERANDE STRÅLANDE SMÄRTA I BENEN)



25.	Under de 7 senaste dagarna	Under de 12 senaste månaderna
a. Har du haft smärta eller besvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Du kan hoppa över denna sektion om Du aldrig någonsin haft några besvär i ländrygg eller ben och gå till sidan 9, fråga 33.

b. Vilken typ av smärta eller besvär har du haft? (Markera alla alternativ som stämmer in)	<input type="checkbox"/> Enbart ryggsmärtor <input type="checkbox"/> Benvärk eller bara besvär <input type="checkbox"/> Rygg- och benvärk eller besvär	<input type="checkbox"/> Enbart ryggsmärtor <input type="checkbox"/> Benvärk eller bara besvär <input type="checkbox"/> Rygg- och benvärk eller besvär
c. Antal tillfällen med besvär?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> Mer än 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> mer än 10
d. Under hur lång tid varade dina besvär?	<input type="checkbox"/> Timmar <input type="checkbox"/> 1-2 dagar <input type="checkbox"/> 3-6 dagar <input type="checkbox"/> Alltid	<input type="checkbox"/> Timmar <input type="checkbox"/> 1-2 dagar <input type="checkbox"/> 3-6 dagar <input type="checkbox"/> 7-30 dagar <input type="checkbox"/> 1-3 månader <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> Alltid
e. Hur mycket tid har du tagit ledigt från ditt arbete på grund av rygg/benvärk?	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 1-2 dagar <input type="checkbox"/> 3-6 dagar <input type="checkbox"/> Alla 7 dagar	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> 1-6 dagar <input type="checkbox"/> 7-14 dagar <input type="checkbox"/> 15-30 dagar <input type="checkbox"/> 1-3 månader <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> mer än 6 månader <input type="checkbox"/> Alltid
f. Har Du träffat en läkare?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
g. Vilken behandling föreskrev din läkare? (värktabletter, sjukgymnastik, operation, annat?)	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Ja Nämligen;	<input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Ja Nämligen;
h. Får du vanligtvis ryggvärk under, eller en kort tid efter körning av ett fordon?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
i. Om Ja, för hur lång tid varar denna ryggvärk vanligtvis?	<input type="checkbox"/> timmar <input type="checkbox"/> 1-2 dagar <input type="checkbox"/> 3-6 dagar <input type="checkbox"/> Alla 7 dagarna	<input type="checkbox"/> timmar <input type="checkbox"/> 1-6 dagar <input type="checkbox"/> 7-14 dagar <input type="checkbox"/> 15-30 dagar <input type="checkbox"/> 1-3 månader <input type="checkbox"/> 3-6 månader <input type="checkbox"/> mer än 6 månader

26. Har Du någon gång skadat Din rygg så att Du behövt söka läkare? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 27

26a. Vilken typ av skada?

26b. När hände detta? Månad (år)

UNDER DE 7 SENASTE DAGARNA

(Om Du inte upplevt ryggsmärta eller besvär under de senaste 7 dagarna, gå vidare till sidan 9, fråga 33)

27. När Din ryggvärk kom för första gången, hur startade den?

Gradvis Plötsligt och utanför arbetet Plötsligt och under arbetet

28. Om plötsligt, vad gjorde Du vid detta tillfälle?

29. Har värken spridit sig till benen och nedanför knät under de senaste 7 dagarna? Nej Ja

30. Har Du slutat, undvikigt eller "gett upp" att göra någon av dina normala arbetsuppgifter under de senaste 7 dagarna på grund av ryggvärk? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 31

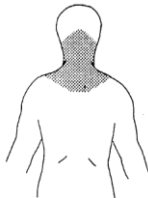
30a. Om Ja, försök uppskatta hur många timmar eller minuter det skulle ta för någon att arbeta igen den tid som Du förlorat på detta sätt? Timmar Minuter

31. Hur skulle Du gradera intensiteten på Din värk i ryggen under en typisk dag på en skala 0-10 under de senaste 7 dagarna om 0 är "ingen värk" och 10 är "så svår värk som det någonsin kan bli"? (ringa in en av siffrorna)

Ingen värk Värk så svår som den någonsin kan bli

Rygg 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3.2. NACKE (INKLUDERANDE SMÄRTA SOM STRÅLAR UT I ARMEN)



33.

	Under de 7 senaste dagarna	Under de 12 senaste månaderna
--	----------------------------	-------------------------------

a. Har du haft smärta eller besvär?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------------	---	---

Du kan hoppa över denna sektion om Du aldrig någonsin haft några besvär i nacke (armar) och gå till fråga 39 på sidan 11.

b. Vilken typ av smärta eller besvär har du haft? (Markera alla alternativ som stämmer in)	<input type="checkbox"/> Enbart nacksmärta <input type="checkbox"/> Armvärk eller bara besvär <input type="checkbox"/> Nack- och armvärk eller besvär	<input type="checkbox"/> Enbart ryggsmärta <input type="checkbox"/> Armvärk eller bara besvär <input type="checkbox"/> Nack- och armvärk eller besvär
---	---	---

c. Antal tillfällen med besvär?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> Mer än 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-5 <input type="checkbox"/> 6-10 <input type="checkbox"/> mer än 10
---------------------------------	---	---

- | | | | | | |
|----|---|---|---|--|--|
| d. | Under hur lång tid varade dina besvär? | <input type="checkbox"/> Timmar
<input type="checkbox"/> 1-2 dagar | <input type="checkbox"/> 3-6 dagar
<input type="checkbox"/> Alltid | <input type="checkbox"/> Timmar
<input type="checkbox"/> 1-2 dagar
<input type="checkbox"/> 3-6 dagar | <input type="checkbox"/> 7-30 dagar
<input type="checkbox"/> 1-3 månader
<input type="checkbox"/> 3-6 månader
<input type="checkbox"/> Alltid |
| e. | Hur mycket tid har du tagit ledigt från ditt arbete på grund av nack/armvärk? | <input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> 3-6 dagar | <input type="checkbox"/> 1-2 dagar
<input type="checkbox"/> Alla 7 dagar | <input type="checkbox"/> Ingen
<input type="checkbox"/> 1-6 dagar
<input type="checkbox"/> 7-14 dagar
<input type="checkbox"/> 15-30 dagar | <input type="checkbox"/> 1-3 månader
<input type="checkbox"/> 3-6 månader
<input type="checkbox"/> mer än 6 månader
<input type="checkbox"/> Alltid |
| f. | Har Du träffat en läkare? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| g. | Vilken behandling föreskrev din läkare? (värktabletter, sjukgymnastik, operation, annat?) | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Ja
Nämligen; | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Ja
Nämligen; |
| h. | Får du vanligtvis nackvärk under, eller en kort tid efter körning av ett fordon? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| i. | Om Ja, för hur lång tid varar denna värk vanligtvis? | <input type="checkbox"/> timmar
<input type="checkbox"/> 1-2 dagar | <input type="checkbox"/> 3-6 dagar
<input type="checkbox"/> Alla 7 dagarna | <input type="checkbox"/> timmar
<input type="checkbox"/> 1-6 dagar
<input type="checkbox"/> 7-14 dagar
<input type="checkbox"/> 15-30 dagar | <input type="checkbox"/> 1-3 månader
<input type="checkbox"/> 3-6 månader
<input type="checkbox"/> mer än 6 månader |

UNDER DE 7 SENASTE DAGARNA

(Om Du inte upplevt nacksmärta eller besvär under de senaste 7 dagarna, gå vidare till sidan 11, fråga 39)

34. När Din ryggvärk kom **för första gången**, hur startade den?

Gradvis Plötsligt och utanför arbetet Plötsligt och under arbetet

35. Om plötsligt, vad gjorde Du vid detta tillfälle?

36. Har Du någon gång skadat Din nacke så att Du behövt söka läkare? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 37

36a. Vilken typ av skada?

36b. När hände detta? Månad (år)

37. Har Du slutat, undvikigt eller "gett upp" att göra någon av dina normala arbetsuppgifter under de senaste 7 dagarna på grund av värk i nacken? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 38

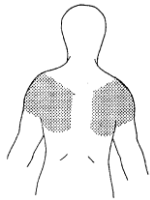
37a. Om Ja, försök uppskatta hur många timmar eller minuter det skulle ta för någon att arbeta igen den tid som Du förlorat på detta sätt?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Timmar		Minuter	

38. Hur skulle Du gradera intensiteten på Din värk i nacken under en typisk dag på en skala 0-10 under de senaste 7 dagarna om 0 är "ingen värk" och 10 är "så svår värk som det någonsin kan bli"? (ringa in en av siffrorna)

	Ingen värk												Värk så svår som den någonsin kan bli
Nacke	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

3.3. SKULDROR



39.

Under de 7 senaste dagarna

Under de 12 senaste månaderna

a. Har du haft smärta eller besvär?

Nej
 Ja

Nej
 Ja

Du kan hoppa över denna del av sektionen om Du aldrig någonsin haft några smärtor eller besvär i skulderna och gå till Sektion 4, sidan 13, fråga 45.

b. Vilken typ av smärta eller besvär har du haft? (Markera alla alternativ som stämmer in)

Enbart smärta i skuldra
 Enbart symptom i hand/arm
 Symptom i skuldra och hand/arm

Enbart smärta i skuldra
 Enbart symptom i hand/arm
 Symptom i skuldra och hand/arm

c. Antal tillfällen med besvär?

1
 2-3
 Mer än 3

1
 2-5
 6-10
 mer än 10

d. Under hur lång tid varade dina besvär?

Timmar
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 Alltid

Timmar
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 7-30 dagar
 1-3 månader
 3-6 månader
 Alltid

e. Hur mycket tid har du tagit ledigt från ditt arbete på grund av värk i skuldra eller arm?

Ingen
 1-2 dagar
 3-6 dagar
 Alla 7 dagar

Ingen
 1-6 dagar
 7-14 dagar
 15-30 dagar
 1-3 månader
 3-6 månader
 mer än 6 månader
 Alltid

f. Har Du träffat en läkare?

Nej
 Ja

Nej
 Ja

- | | | | | | |
|----|--|---|---|--|---|
| g. | Vilken behandling föreskrev din läkare?
(värktabletter, sjukgymnastik, operation, annat?) | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Ja
Nämligen;
_____ | <input type="checkbox"/> Ingen | <input type="checkbox"/> Ja
Nämligen;
_____ |
| h. | Får du vanligtvis värk i skuldra under, eller en kort tid efter körning av ett fordon? | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Ja |
| i. | Om Ja, för hur lång tid varar denna värk vanligtvis? | <input type="checkbox"/> timmar
<input type="checkbox"/> 1-2 dagar | <input type="checkbox"/> 3-6 dagar
<input type="checkbox"/> Alla 7 dagarna | <input type="checkbox"/> timmar
<input type="checkbox"/> 1-6 dagar
<input type="checkbox"/> 7-14 dagar
<input type="checkbox"/> 15-30 dagar | <input type="checkbox"/> 1-3 månader
<input type="checkbox"/> 3-6 månader
<input type="checkbox"/> mer än 6 månader |

UNDER DE 7 SENASTE DAGARNA

(Om Du inte upplevt smärta eller besvär i skulderna under de senaste 7 dagarna, gå vidare till Sektion 4, sidan 13, fråga 45)

40. När Din värk i skuldra kom **för första gången**, hur startade den?

Gradvis Plötsligt och utanför arbetet Plötsligt och under arbetet

41. Om plötsligt, vad gjorde Du vid detta tillfälle?

42. Har Du någon gång skadat Din skuldra så att Du behövt söka ett läkare? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 43

42a. Vilken typ av skada?

42b. När hände detta? Månad (år)

43. Har Du slutat, undvikigt eller "gett upp" att göra någon av dina normala arbetsuppgifter under de senaste 7 dagarna på grund av värk i skuldra? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 44

43a. Om Ja, försök uppskatta hur många timmar eller minuter det skulle ta för någon att arbeta igen den tid som Du förlorat på detta sätt?

Timmar Minuter

44. Hur skulle Du gradera intensiteten på Din värk i skuldra under en typisk dag på en skala 0-10 under de senaste 7 dagarna om 0 är "ingen värk" och 10 är "så svår värk som det någonsin kan bli"? (ringa in en av siffrorna)

Ingen värk

Värk så svår som den någonsin kan bli

Skuldra 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SEKTION 4: ANDRA DELAR AV DIN KROPP

45. Har Du någon gång under de senaste 12 månaderna haft besvär (värk, smärta, obehag, domningar) i:

Armbågar

- Nej Ja
- i den högra armbågen
- i den vänstra armbågen
- i båda armbågarna

Handleder/händer

- Nej Ja
- i den högra handleden/handen
- i den vänstra handleden/handen
- in båda handlederna/händerna

Ryggens övre del (bröstryggen)

- Nej Ja

Höfter/Lår/Stuss

- Nej Ja
- i den högra höften
- i den vänstra höften
- i båda höfterna

Knän

- Nej Ja
- i det högra knäet
- i det vänstra knäet
- i båda knäna

Fotleder/Fötter

- Nej Ja
- i den högra fotleden/foten
- i den vänstra fotleden /foten
- i båda fotlederna/fötterna

4.1. ANDRA ÅKOMMOR

46. Har Du haft någon av följande åkommor?

	Någonsin haft?	Någonsin fått behandling?
a) Ljumskräck	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
b) Matmältningsbesvär (ospecifika magbesvär, magkatarr, magsår, tarmbesvär)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
c) Cirkulationsbesvär (åderbräck, hemorrojder, högt blodtryck, hjärtbesvär)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
d) Vita eller kalla fingrar (t.ex. Raynaud's sjukdom)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
e) Urinvägsbesvär (prostata, njurbesvär)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
f) Balansrubbingar (yrsel)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

