

FERTILITETSRÅDGIVNINGEN - SPØRGESKEMA KVINDEN

Fertilitetsrådgivningen Øresund er et nyt initiativ med det formål at tilbyde borgere i Øresundsregionen vejledning i forhold til deres fremtidige fertilitet.

Som klient i Fertilitetsrådgivningen vil du blive tilbudt en ultralydsundersøgelse af dine æggestokke og livmoder samt at få taget en blodprøve, der kan sige noget om størrelsen af din ægreserve. Du vil også komme til samtale med en læge, som foretager en samlet vurdering af din fertilitetsstatus.

Vi vil i det følgende spørge om din uddannelses- og erhvervsbaggrund, gynækologiske forhistorie og helbred m.m. Oplysningerne er relevante for at kunne vurdere din fremtidige fertilitet, men vil også kunne bidrage til at øge vores viden om risikofaktorer for ufrivillig barnløshed.

Det er derfor vigtigt, at du udfylder hele spørgeskemaet og medbringer det til konsultationen.

Der tager ca. 20 min. at besvare spørgeskemaet. Alle svar behandles fortroligt.

Har du spørgsmål eller er der noget du er i tvivl om, er du velkommen til at ringe eller sende en e-mail.

Med venlig hilsen

Fertilitetsrådgivningen Øresund

Rigshospitalet
Juliane Marie Centret
Blegdamsvej 9, indgang 4, 7.sal
2100 København Ø
Telefon: 35 45 29 49 (onsdag i tidsrummet 16.00-18.00)
E-mail: fertilitetsraadgivningen@rh.regionh.dk

Udfyld venligst kun hvide felter

Skriv venligst dagens dato:									
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Baggrundsoplysninger

1. Kontaktoplysninger	
Navn (blokbogstaver)	
Cpr.nr.	
Postnummer	By
Tlf. nr. hjemme	Tlf.nr. mobil
Email (blokbogstaver)	

2. Er du i et forhold? (Angiv kun et svar)	
<input type="checkbox"/>	Nej, jeg er enlig. Gå til spørgsmål 4
<input type="checkbox"/>	Ja, jeg er i et heteroseksuelt forhold. Gå til spørgsmål 3
<input type="checkbox"/>	Ja, jeg er i et lesbisk forhold. Gå til spørgsmål 4
<input type="checkbox"/>	Andet. Gå til spørgsmål 4

3. Hvis du er i et heteroseksuelt forhold:

Hvad er din partners fulde navn?

Hvis din partner også er klient i Fertilitetsrådgivningen, angiv da venligst din partners cpr. nr.:

Hvor længe har du været sammen med din nuværende partner?

_____ år _____ mdr.

Har I samme bopælsadresse?

Ja

Nej

Er I gift?

Ja

Nej

4. Hvad er din højest gennemførte uddannelse?

(Angiv kun ét svar).

Ingen

7.-9. klasse

10. klasse / FUA / realeksamen

Studentereksamen / HF / HH / HTX

Faglært indenfor håndværk, handel, kontor mv. (fx lærlinge- eller EFG/HG-uddannelse)

Kort videregående uddannelse, under 3 år (fx social- og sundhedshjælper eller -assistent, pædagogisk grunduddannelse)

Mellemlang uddannelse, 3-4 år (fx folkeskolelærer, pædagog, sygeplejerske)

Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (fx økonom, jurist, læge, psykolog)

Anden uddannelse, skriv her:

5. Hvad er din aktuelle erhvervssituation? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	I arbejde. Gå til spørgsmål 8.a
<input type="checkbox"/>	I aktivering (fx skånejob, flexjob, jobtræning). Gå til spørgsmål 8.a
<input type="checkbox"/>	Midlertidig fraværende pga. sygdom. Gå til spørgsmål 8.a
<input type="checkbox"/>	Orlov. Gå til spørgsmål 6
<input type="checkbox"/>	Arbejdsløs. Gå til spørgsmål 6
<input type="checkbox"/>	Studerende/ Elev/ Lærling. Gå til spørgsmål 8.b
<input type="checkbox"/>	Førtidspensionist
<input type="checkbox"/>	Andet. Gå til spørgsmål 8.a

6. Hvor længe har du været udenfor arbejdsmarkedet?	
.....	år eller
.....	måneder

7. Hvad var din sidste beskæftigelse mere præcist?

Gå til spørgsmål **9**

8.a Hvad er din aktuelle beskæftigelse/ studieretning mere præcist?	
8.b Hvis du er studerende, har du et studiejob?	
<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	Ja, som: _____

9. Hvor længe har du haft/havde du dette job?	
.....	år eller
.....	måneder

10. Hvilken arbejdstid har/havde du sædvanligvis? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Dagarbejde
<input type="checkbox"/>	Aftensarbejde
<input type="checkbox"/>	Natarbejde
<input type="checkbox"/>	Skiftende arbejdstider
<input type="checkbox"/>	Ingen faste arbejdstider

11. Er/var dit arbejde overvejende gående, stående eller siddende arbejde eller kan/kunne du veksle som det passer/passede dig?

(Angiv kun ét svar)

<input type="checkbox"/>	Overvejende stående
<input type="checkbox"/>	Overvejende gående
<input type="checkbox"/>	Overvejende stående og gående
<input type="checkbox"/>	Overvejende siddende
<input type="checkbox"/>	Vekslende efter eget ønske
<input type="checkbox"/>	Ved ikke
<input type="checkbox"/>	Andet

12a. Løfter/løftede du i dit daglige arbejde på noget, der vejer mere end 20 kg, cirka som en kasse øl?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej – gå til spørgsmål 13a	<input type="checkbox"/>	Ved ikke – gå til spørgsmål 13a
--------------------------	----	--------------------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------------

12b. Hvis ja, hvor mange gange om dagen gør/gjorde du det?
(Hvis mindre end én gang om dagen, skriv da 0)

-----	Gange	<input type="checkbox"/>	Ved ikke
-------	-------	--------------------------	----------

13.a Løfter/løftede du i dit daglige arbejde på noget, der vejer mellem 11 og 20 kg (mindre end en kasse øl og mere end en spand vand)?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej – gå til spørgsmål 14	<input type="checkbox"/>	Ved ikke – gå til 14
--------------------------	----	--------------------------	---------------------------	--------------------------	----------------------

13.b Hvis ja, hvor mange gange om dagen gør/gjorde du det?
(Hvis mindre end én gang om dagen, skriv da 0)

-----	Gange	<input type="checkbox"/>	Ved ikke
-------	-------	--------------------------	----------

14. Løfter du i din fritid dagligt på noget der vejer mere end 20 kg?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ved ikke
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	----------

15. Hvad var din husstands samlede indkomst før skat sidste år? (Angiv kun ét svar)

<input type="checkbox"/>	Mindre end 100.000 kr.
<input type="checkbox"/>	Mellem 100.000 kr. og 200.000 kr.
<input type="checkbox"/>	Mellem 200.000 kr. og 300.000 kr.
<input type="checkbox"/>	Mellem 300.000 kr. og 400.000 kr.
<input type="checkbox"/>	Mellem 400.000 kr. og 600.000 kr.
<input type="checkbox"/>	Over 600.000 kr.

16. Hvor mange personer i husstanden bidrog til den samlede indkomst?

----- Personer

Gynækologisk forhistorie og helbredsoplysninger

Der følger nu nogle spørgsmål omhandlende reproduktive forhold og helbred i det hele taget.

17. Er dine menstruationer regelmæssige på den måde, at du normalt kan forudsige din næste menstruation indenfor en uge?

Ja Nej Ved ikke

18. Hvor mange dage går der typisk fra 1. dag i din menstruation til 1. dag i din næste?
(Angiv antal dage - hvis du ikke har det præcise tal, så giv dit bedste bud)

----- Dage

19.a Spørgsmål vedrørende aktuel og tidligere prævention										
<input type="checkbox"/> Jeg har aldrig anvendt prævention – gå til spørgsmål 20										
19.b Bruger du <i>aktuelt</i> en eller flere af følgende former for prævention? (Sæt et kryds for hver linje)	Ja		Nej		19.c Har du <i>tidligere</i> anvendt en eller flere af følgende former for prævention? (Sæt et kryds for hver linje)	Ja		Nej		19.d Hvor længe har du sammenlagt anvendt denne form for prævention?
P-piller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P-piller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ år ___ mdr				
P-ring (NuvaRing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P-ring (NuvaRing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ år ___ mdr				
Mini p-piller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mini p-piller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ år ___ mdr				
P-stav (Implanon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P-stav (Implanon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ år ___ mdr				
Spiral – hormon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spiral – hormon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ år ___ mdr				
Spiral – kobber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spiral – kobber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ år ___ mdr				
Kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Pessar, creme, skum, stikpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pessar, creme, skum, stikpiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Afbrudt samleje/ sikre perioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Afbrudt samleje /sikre perioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ingen prævention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

20. Har du nogensinde brugt fortrydelsespiller? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej. Gå til spørgsmål 21
20.b Hvis ja, hvor mange gange har du anvendt fortrydelsespiller?	
----- Gange	

21. Hvor mange seksualpartnere har du haft (medregn kun de personer, du har haft samleje med)? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/> 0-1	
<input type="checkbox"/> 2-4	
<input type="checkbox"/> 5-9	
<input type="checkbox"/> 10-19	
<input type="checkbox"/> ≥20	

22.a Har du nogensinde været gravid? (angiv kun ét svar)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej. Gå til spørgsmål 24	<input type="checkbox"/> Ved ikke. Gå til spørgsmål 24
22.b Hvis ja, hvor mange gange har du været gravid?		
----- Gange		

23. Hvad blev udfaldet af dine tidligere graviditeter?		
Graviditet nr. 1		
Årstal		
Graviditeten opstod	Naturligt og planlagt	<input type="checkbox"/>
	Naturligt men ikke planlagt	<input type="checkbox"/>
	Efter fertilitetsbehandling	<input type="checkbox"/>
Hvor mange måneder tog det dig at blive gravid?		___ mdr.
Hvordan endte graviditeten?	Fødsel af et barn	<input type="checkbox"/>
	Barnet døde	<input type="checkbox"/>
	Spontan abort	<input type="checkbox"/>
	Provokeret abort	<input type="checkbox"/>
	Graviditet uden for livmoderen	<input type="checkbox"/>
Hvis du kun har været gravid én gang gå da til spørgsmål 24.		

23.b Hvad blev udfaldet af dine tidligere graviditeter? Graviditet nr. 2		
Årstal		
Graviditeten opstod	Naturligt og planlagt	<input type="checkbox"/>
	Naturligt men ikke planlagt	<input type="checkbox"/>
	Efter fertilitetsbehandling	<input type="checkbox"/>
Hvor mange måneder tog det dig at blive gravid?		___ mdr
Hvordan endte graviditeten?	Fødsel af et barn	<input type="checkbox"/>
	Barnet døde	<input type="checkbox"/>
	Spontan abort	<input type="checkbox"/>
	Provokeret abort	<input type="checkbox"/>
	Graviditet uden for livmoderen	<input type="checkbox"/>

24. Har du aktuelt et graviditetsønske? (Angiv kun ét svar)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej. Gå til spørgsmål 26	<input type="checkbox"/> Ved ikke

25.a Forsøger du at blive gravid i øjeblikket?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej – gå til spørgsmål 26

25.b Hvis du aktuelt forsøger at blive gravid, hvor mange måneder har du/I forsøgt at blive gravide?	
-----	Måneder

26. Har du i en periode på et tidligere tidspunkt haft ubeskyttet samliv uden at blive gravid? (Sæt gerne flere kryds)			
<input type="checkbox"/>	Nej. Gå til spørgsmål 28		
<input type="checkbox"/>	Ja, med min nuværende partner	Angiv hvor mange måneder I forsøgte at blive gravide?	----- Mdr.
<input type="checkbox"/>	Ja, med en tidligere partner	Angiv hvor mange måneder I forsøgte at blive gravide?	----- Mdr.

27. Hvis du uden held har forsøgt at blive gravid i mere end 12 måneder, er du/I blevet undersøgt og hvad er årsagen? (Angiv kun et svar)		
<input type="checkbox"/>	Jeg har aldrig forsøgt at blive gravid i mere end 12 måneder	
<input type="checkbox"/>	Det er ikke undersøgt nærmere	
<input type="checkbox"/>	Jeg/vi er fortsat i gang med undersøgelse	
<input type="checkbox"/>	Jeg/vi er blevet undersøgt, men der blev ikke fundet en årsag	
<input type="checkbox"/>	Jeg/vi er blevet undersøgt og der blev fundet en årsag – skriv her:	_____ _____ _____

28.a Har en læge behandlet dig for underlivsbetændelse?		
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/> Nej. Gå til 29
<input type="checkbox"/>	Ved ikke. Gå til 29	
28.b Hvis ja, hvor mange gange er du blevet behandlet for underlivsbetændelse?		
.....	Gange	
28.c Hvis ja, hvad var årsagen til underlivsbetændelsen? (Sæt et kryds for hver linje)		
<input type="checkbox"/>	Klamydia	
<input type="checkbox"/>	Andet. Notér venligst årsagen:	_____ _____ _____
<input type="checkbox"/>	Ved ikke	

29. Har en læge behandlet dig for en eller flere af følgende sygdomme? (Sæt et kryds for hver linje)				
Ja	Nej			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klamydia	Hvor mange gange har du været behandlet for klamydia? _____	
			Havde du symptomer fx svie, udflåd, blødning?	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Ved ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gonoré		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syfilis		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes genitalis		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kønsvorter (Kondylomer)		

30. Har du eller har du haft nogen af følgende kroniske sygdomme? (Sæt et kryds for hver linje)	
Ja	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Endometriose (tilstand hvor dele af livmoderslimhinden findes udenfor livmoderen)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> For højt eller lavt stofskifte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sukkersyge
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nervøs spisevægring (anorexi)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Langvarig depression > 6 mdr.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anden langvarig psykisk sygdom > 6 mdr.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kronisk tarmbetændelse
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kræftsygdom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Andet skriv her: ----- ----- ----- -----

31.a Er du nogensinde blevet opereret i maven?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej – gå til spørgsmål 32

31.b Hvis ja, hvor mange gange er du blevet opereret i maven?		
-----	Gange	
31.c Hvad er du blevet opereret for? (Sæt et kryds for hver linje – hvis du svarer ja, svar da på de supplerende spørgsmål)	Hvor mange gange er du blevet opereret pga. dette?	Hvilket årstal blev seneste operation foretaget?
Ja	Nej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kejsersnit	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Graviditet udenfor livmoderen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fjernelse af en æggeleder	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fjernelse af en æggestok	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cyste på æggestok	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Muskelknuder i livmoderen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Endometriose	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blindtarmsbetændelse	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anden operation på tarmen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Andet – angiv venligst ----- -----	

32. Hvor ofte anvender du svagt smertestillende håndkøbsmedicin fx panodil, kodimagnyl, ipren? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Én eller flere gange dagligt
<input type="checkbox"/>	Én eller flere gange om ugen
<input type="checkbox"/>	Én eller flere gange om måneden
<input type="checkbox"/>	Sjældnere en én gang om måneden
<input type="checkbox"/>	Aldrig

33. Tager du antidepressiver også kaldet ”lykkepiller”?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Hvis ja, anfør præparatnavn og dosis i skemaet nedenfor (spørgsmål 33)	

34.a Tager du anden medicin?			
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		
34.b Hvis du anvender medicin, udfyld da nedenstående skemaet efter etikken på medicinglasset/pakken. Ved behovsmedicin angiv da dit gennemsnitlige forbrug pr. uge.			
Medicinens navn	Mod sygdom	Antal tabletter dagligt	Eller: Antal tabletter ugentlig
<i>Eksempel:</i> Kodimagnyl	Hovedpine	1-3	

35. Har du nogensinde fået kemoterapi? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Din mors sundhed

I det følgende vil vi spørge ind til din mor og hendes sundhed, da hun ventede dig.

36. Hvilket år blev din mor født?

(Hvis du ikke ved det, skriv da 0)

----- Angiv årstal

37. Var din mor ryger, da hun ventede dig? Spørg hende, hvis du har mulighed for det.

(Angiv kun ét svar)

Ja

Nej

Ved ikke

38. Drak din mor mere end 3 genstande alkohol om ugen, da hun ventede dig? Spørg hende hvis du har mulighed for det.

(Angiv kun ét svar)

Ja

Nej

Ved ikke

39. Anvendte din mor af og til smertestillende medicin, da hun ventede dig fx panodil, pamol, pinex, kodimagnyl, aspirin, albyl, ipren eller ibumetin? Spørg hende, hvis du har mulighed for det. (Angiv kun ét svar)

Ja

Nej

Ved ikke

40. Hvor gammel var din mor, da hun gik i overgangsalderen/menopause? Spørg hende hvis du har mulighed for det.

(Angiv kun ét svar)

----- år gammel

Hun er endnu ikke gået i overgangsalderen

Ved ikke

Nu følger nogle spørgsmål om dig, da du blev

født Hvis du ikke kender svaret spørg da din mor eller far, hvis du har mulighed for det.

41. Hvor meget vejede du, da du blev født?

(Angiv vægt i gram. Hvis du ikke kender din egen fødselsvægt, skriv da 0)

----- Gram

42. Hvor lang var du, da du blev født?

(Angiv længde i cm. Hvis du ikke kender din egen fødselsvægt, skriv da 0)

----- Cm

43. Blev du født svarende til termin (37.- 42. ugers graviditet)?

(Angiv kun ét svar)

Ja - gå til spørgsmål **45**

Nej, jeg blev født før tid (før 37.uge) – gå til spørgsmål **44**

Nej, jeg blev født over tid (efter 42 uger) – gå til spørgsmål **45**

Ved ikke - gå til spørgsmål **45**

44. Hvor mange uger før tid blev du født (i forhold til terminsdato (40 ugers graviditetslængde)?

(Angiv antal hele uger. Hvis du ikke ved det, skriv da 0)

----- uger før termin

Livsstil og sundhedsadfærd

I det følgende vil vi spørge ind til din livsstil og sundhedsadfærd.

45. Ryger du eller tager du snus?

(Sæt gerne flere kryds)

Ja, jeg ryger. Gå til spørgsmål **46**

Ja, jeg tager snus. Gå til spørgsmål **47**

Nej, men jeg har røget/taget snus. Gå til spørgsmål **48**

Nej, men jeg bliver dagligt udsat for passiv rygning. Gå til spørgsmål **49a**

Nej, jeg har aldrig røget/taget snus. Gå til spørgsmål **49a**

46. Hvis du ryger?

Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?

år

I hvor mange år har du sammenlagt røget?
(hvis du har røget i flere perioder, skal du lægge alle perioder sammen)

år

Hvor meget ryger du om dagen?

Antal cigaretter pr dag

Antal gram pibetobak pr uge (1 pakke/dåse indeholder typisk 50 g)

gram

47. Hvis du tager snus?	
Hvor gammel var du, da du begyndte at tage snus? (Angiv alder i år)	år
I hvor mange år har du sammenlagt taget snus? (hvis du har taget det i flere perioder, skal du lægge alle perioder sammen)	år
Hvor mange gram snus tager du per uge?	gram

48. Hvis du er tidligere ryger?	
Hvornår ophørte du med at ryge? (angiv årstal)	
Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge? (angiv alder i år)	år
I hvor mange år har du sammenlagt røget? (hvis du har røget flere perioder, skal du lægge alle perioder sammen)	år
	Antal cigaretter pr dag
	Stk.
Hvor meget røg du om dagen?	Antal gram pibetobak pr uge (1 pakke/dåse indeholder typisk 50 g)
	gram

49.a Hvor mange gange har du taget euforiserende stoffer? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Jeg har aldrig taget euforiserende stoffer. Gå til spørgsmål 50
<input type="checkbox"/>	Jeg har taget euforiserende stoffer få gange (mindre 3 gange). Gå til spørgsmål 50
<input type="checkbox"/>	Jeg har taget euforiserende stoffer flere gange (mere end 3 gange)

49.b Tager du eller har du tidligere taget et eller flere af nedenstående euforiserende stoffer? (Sæt et kryds for hver linje – hvis du svarer ja, angiv da hvor mange gange du har taget det pågældende stof indenfor de sidste 12 måneder)		Hvor mange gange har du taget dette stof indenfor de sidste 12 mdr.?
Ja	Nej	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hash/ pot
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amfetamin/ Speed/ Extacy
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kokain
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ryge-heroin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heroin (indsprøjtning)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ritalin
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LSD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metadon/ ketogan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benzodiazepin, stesolid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andet, skriv her:

50. Hvor ofte drikker du alkohol (øl, vin, hedvin eller spiritus)? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Aldrig – gå til spørgsmål 53
<input type="checkbox"/>	Mindre end en gang om måneden
<input type="checkbox"/>	1-3 gange om måneden
<input type="checkbox"/>	1-2 gange om ugen
<input type="checkbox"/>	3-4 gange om ugen
<input type="checkbox"/>	5-7 gange om ugen

51. Hvor mange genstande drikker du gennemsnitligt om ugen? (1 genstand = 1 flaske øl, 1 glas vin eller 2 cl. spiritus) (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	0 genstande
<input type="checkbox"/>	1 – 2 genstande
<input type="checkbox"/>	3 – 7 genstande
<input type="checkbox"/>	8 – 14 genstande
<input type="checkbox"/>	15 – 21 genstande
<input type="checkbox"/>	22 – 30 genstande
<input type="checkbox"/>	Over 30 genstande

52. Hvor ofte drikker du <u>mere end</u> 5 genstande ved en enkelt lejlighed? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Aldrig
<input type="checkbox"/>	Færre end en gang om måneden
<input type="checkbox"/>	Cirka 1-3 gange om måneden
<input type="checkbox"/>	Cirka én gang om ugen
<input type="checkbox"/>	Oftere end én gang om ugen

53. Hvor meget drikker du <u>typisk</u> af følgende drikkevarer? (skriv 0 hvis du ikke indtager noget)	
Kaffe (koffeinholdig)	Angiv antal kopper <u>per dag</u> :
Te (sort te fx earl gray)	Angiv antal kopper <u>per dag</u> :
Kakao	Angiv antal kopper <u>per uge</u> :
Cola	Angiv antal glas <u>per uge</u> :
Light sodavand	Angiv antal glas <u>per uge</u> :
Energidrik (fx cult)	Angiv antal glas <u>per uge</u> :
Soyadrik/sojamælk	Angiv antal glas <u>per uge</u> :
<input type="checkbox"/> Jeg drikker ingen af ovenstående	

54. Hvor meget spiser du <u>gennemsnitligt</u> af følgende fødevarer? (skriv 0 hvis du ikke indtager noget)	
Frugt	Angiv antal <u>per dag</u> :
Skaldyr/fisk	Angiv antal portioner <u>per uge</u> : (en portion svarer til 100 g)
Slik (vingummi, lakrids, bolsjer og lignende)	Angiv antal portioner <u>per uge</u> : (en portion svarer til 100 g)
Chokolade	Angiv antal portioner <u>per uge</u> : (en portion svarer til 100 g)
Multi-vitaminpille	Angiv antal gange <u>per uge</u> :

55. Har du <u>farvede</u> tatoveringer? (Angiv kun et svar)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ved ikke
Hvis ja, angiv hvilke farver:	_____	

56. Hvor mange parfumeholdige produkter anvender du <u>typisk</u> i løbet af en dag? Fx parfume, cremer, shampoo, opvaskemiddel, vaskepulver m.m. (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/> Ingen	
<input type="checkbox"/> 1 – 3	
<input type="checkbox"/> 4 – 6	
<input type="checkbox"/> 7 – 9	
<input type="checkbox"/> Mere end 9	

57. Hvor ofte farver du dit hår, herunder lyse striber (medregn både farvning hjemme og hos frisøren)? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Aldrig
<input type="checkbox"/>	Mindre end to gange om året
<input type="checkbox"/>	2 – 3 gange om året
<input type="checkbox"/>	4 – 6 gange om året
<input type="checkbox"/>	7 – 9 gange om året
<input type="checkbox"/>	Mere end 9 gange om året

58. Hvor ofte bruger du kosmetik? Fx mascara, pudder, læbestift m.m. (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Flere gange om dagen
<input type="checkbox"/>	Kun en gang om dagen
<input type="checkbox"/>	Flere dage om ugen
<input type="checkbox"/>	En dag om ugen
<input type="checkbox"/>	Sjældnere end en dag om ugen
<input type="checkbox"/>	Aldrig

59. Hvilke af følgende muligheder beskriver bedst din fritid? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Jeg tilbringer dagen med stillesiddende sysler (læser, ser tv, går i biografen mv.)
<input type="checkbox"/>	Let legemlig aktivitet (dvs. mere end 3 timer om ugen med fx cykling til arbejdet, gåture, lettere havearbejde)
<input type="checkbox"/>	Aktiv idrætsudøver eller tungt have-/ fritidsarbejde mere end 3 timer om ugen (løber, svømmer, spiller tennis mv.)
<input type="checkbox"/>	Jeg dyrker konkurrenceidræt flere gange om ugen

60. Hvor mange timer om ugen er du fysisk aktiv, så du bliver forpustet eller svedig? Medregn også havearbejde, gåture og cykelture – også til og fra arbejde. (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Ingen
<input type="checkbox"/>	Ca. en halv time om ugen
<input type="checkbox"/>	Ca. en time om ugen
<input type="checkbox"/>	Ca. 2-3 timer om ugen
<input type="checkbox"/>	Ca. 4-6 timer om ugen
<input type="checkbox"/>	Syv timer om ugen eller mere

61. Hvor ofte føler du dig nervøs eller stresse? (Angiv kun et svar)	
<input type="checkbox"/>	Meget ofte
<input type="checkbox"/>	Ofte
<input type="checkbox"/>	En gang i mellem
<input type="checkbox"/>	Næsten aldrig
<input type="checkbox"/>	Aldrig

62. Er/var dit normale daglige arbejde stressende på en ubehagelig måde? (Angiv kun et svar)	
<input type="checkbox"/>	Altid
<input type="checkbox"/>	Næsten altid
<input type="checkbox"/>	Ofte
<input type="checkbox"/>	Af og til
<input type="checkbox"/>	Sjældent / aldrig

63. Hvor tit..... (sæt et kryds ud for hvert spørgsmål)					
	Altid	Ofte	Somme- tider	Sjældent	Aldrig
Føler du dig træt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du fysisk udmattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du følelsesmæssigt udmattet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tænker du: "Nu kan jeg ikke mere"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du dig udkørt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler du dig svag og modtagelig overfor sygdomme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. hvordan synes du dit helbred er alt i alt? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Fremragende
<input type="checkbox"/>	Vældig godt
<input type="checkbox"/>	Godt
<input type="checkbox"/>	Mindre godt
<input type="checkbox"/>	Dårligt

Forventninger og viden om reproduktion

I det følgende vil vi spørge ind til dine forventninger, din holdning til og viden om reproduktive forhold.

65. Hvad er <u>for dig</u> den ideelle alder som førstegangsfødende? (Angiv alder)	
år	<input type="checkbox"/> Ved ikke

66. Hvad er <u>for dig</u> den ideelle alder at have ved sidste barns fødsel? (Angiv alder)	
år	<input type="checkbox"/> Ved ikke

67. Hvad synes du <u>generelt</u> er den ideelle alder som førstegangsfødende? (Angiv alder)	
år	<input type="checkbox"/> Ved ikke

68. Hvad synes du <u>generelt</u> er den ideelle alder ved sidste barns fødsel? (Angiv alder)	
år	<input type="checkbox"/> Ved ikke

69. Hvor mange børn ønsker du i alt at føde? (Angiv antal)	
børn	<input type="checkbox"/> Ved ikke

70. Tænkter du over, at det kan blive svært at blive gravid? (Angiv kun ét svar)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ved ikke

71. Hvis du ikke kan blive gravid på naturlig måde, vil du så søge en løsning med en af følgende metoder? (Sæt ét kryds i hver linje)	Helt sikkert	Højest sandsynligt	Ved ikke	Højest usandsynligt	Helt sikkert ikke
Fertilitetsbehandling med reagensglasmetode (a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertilitetsbehandling med sæddonor (b)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertilitetsbehandling med ægdonor (c)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertilitetsbehandling med anden behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adoption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plejebarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fravælge børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(a) Reagensglasbefrugtning: en metode hvor æg udtages fra æggestokkene, befrugtes i laboratoriet og lægges op i livmoderen.

(b) Insemination med donor sæd: kvindens æg bliver befrugtet med sæd fra en sæddoner.

(c) Ægdonation: kvinden får sat et æg op som er doneret fra en anden kvinde.

Nu kommer der spørgsmål, der omhandler dit kendskab til fertilitet

Dette er ikke en test - vi vil blot vide, hvad du tror.

72. I hvilken alder tror du, kvinder er mest frugtbare/fertile? (Angiv kun ét svar)					
15-19 år	20-24 år	25-29 år	30-35 år	36-45 år	Ved ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Hvad tror du risikoen er for, at et ungt par på et eller andet tidspunkt i deres tilværelse vil komme til at opleve ikke at kunne blive gravid i mere end 1 år? (Angiv kun ét svar)					
0-4%	5-9%	10-14%	15-25%	26-50%	Ved ikke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Du har sikkert i medierne hørt om 60 årige udenlandske kvinder, der har opnået graviditet. Hvilken behandling tror du, de har gennemgået for at blive gravide?

(Angiv kun ét svar)

<input type="checkbox"/>	Almindelig reagensglasbefrugtning (a)
<input type="checkbox"/>	Insemination med donor sæd (b)
<input type="checkbox"/>	Ægdonation (c)
<input type="checkbox"/>	Anvendelse af nedfrosne æg (d)
<input type="checkbox"/>	Mikroinsemination (e)
<input type="checkbox"/>	Ved ikke

(a) Reagensglasbefrugtning: en metode, hvor æg udtages fra æggestokkene, befrugtes i laboratoriet og lægges op i livmoderen.

(b) Insemination med donor sæd: kvindens æg bliver befrugtet med sæd fra en sæddoner.

(c) Ægdonation: kvinden får sat et æg op som er doneret fra en anden kvinde.

(d) Anvendelse af nedfrosne æg: kvinden har tidligere været igennem reagensglasbefrugtning og har fået frosset æg ned, som nu anvendes.

(e) Mikroinsemination: en metode hvor æg udtaget fra æggestokkene befrugtes ved, at en enkelt sædcelle indføres direkte i ægget.

Det er i dag teknologisk muligt at nedfryse ubefrugtede æg. I Danmark er det alene tilladt at anvende teknikken i forbindelse med fertilitetsbehandling, men hvis dansk lovgivning tillod det, kunne metoden anvendes af normalt fertile raske kvinder her i landet, der ønsker at udskyde deres graviditeter.

**76. Hvor enig er du i følgende udsagn:
"Nedfrysning af ubefrugtede æg i fertilitetsbevarende øjemed bør være tilladt i Danmark."** (Angiv kun et svar)

Helt enig

Enig

Hverken enig eller uenig

Uenig

Helt uenig

77. Såfremt dansk lovgivning tillod at kvinder kunne få frosset ubefrugtede æg ned til eventuel senere anvendelse, ville det så være et tilbud, du ville tage imod? (Angiv kun et svar)

Helt sikkert

Højest sandsynligt

Måske

Højest usandsynligt

Helt sikkert ikke

78. Kommentarer i øvrigt:

Tak for hjælpen Du er nu færdig med at besvare spørgeskemaet.