

FERTILITETSRÅDGIVNINGEN – SPØRGESKEMA MANDEN

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 at få analyseret din sædkvalitet og du vil komme til samtale med en læge, som foretager en samlet vurdering af din fertilitetsstatus.

Vi vil i det følgende bl.a. spørge om din uddannelses- og erhvervsbaggrund samt reproduktive forhistorie og helbred. 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

E-mail

2. Er du i et forhold?

(Angiv kun et svar)

Nej, jeg er enlig. Gå til spørgsmål **4**

Ja, jeg er i et heteroseksuelt forhold. Gå til spørgsmål **3**

Ja, jeg er i et homoseksuelt forhold. Gå til spørgsmål **4**

Andet. Gå til spørgsmål **4**

3. Hvis du er i et heteroseksuelt forhold:			
Hvad er din <u>partners fulde navn</u>			
Hvis din partner også er klient i Fertilitetsrådgivningen, angiv da venligst din <u>partners cpr. nr.:</u>			
Hvor længe har du været sammen med din nuværende partner? (hvis mindre end et år angiv da antal måneder)	_____ år _____ mdr.		
Har I samme bopælsadresse?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
			Nej
Er I gift?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>
			Nej

Erhverv og Uddannelse

I det følgende vil vi spørge ind til din uddannelses- og erhvervsstatus.

4. Hvad er din højest gennemførte uddannelse? (Angiv kun ét svar).	
<input type="checkbox"/>	Ingen
<input type="checkbox"/>	7.-9. klasse
<input type="checkbox"/>	10. klasse / FUA / realeksamen
<input type="checkbox"/>	Studentereksamen / HF / HH / HTX
<input type="checkbox"/>	Faglært indenfor håndværk, handel, kontor mv. (fx lærlinge- eller EFG/HG-uddannelse)
<input type="checkbox"/>	Kort videregående uddannelse, under 3 år (fx social- og sundhedshjælper eller -assistent, pædagogisk grunduddannelse)
<input type="checkbox"/>	Mellemlang uddannelse, 3-4 år (fx folkeskolelærer, pædagog, sygeplejerske)
<input type="checkbox"/>	Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (fx økonom, jurist, læge, psykolog)
<input type="checkbox"/>	Anden uddannelse, skriv her:

5. Hvad er din aktuelle erhvervsituation? (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
<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. Gå til spørgsmål 6.
<input type="checkbox"/>	Andet. Gå til spørgsmål 8

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 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

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

12.a 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
12.b Hvis ja, hvor mange gange om dagen gør/gjorde du det? (Hvis mindre end en 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 spørgsmål 14
13.b Hvis ja, hvor mange gange om dagen gør/gjorde du det? (Hvis mindre end en 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

Reproduktiv forhistorie og helbredsstatus

Der følger nu nogle spørgsmål omhandlende din reproduktive fortid.

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

18. Har du nogensinde gjort en kvinde gravid? (Angiv kun et svar)					
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej – gå til spørgsmål 20	<input type="checkbox"/>	Ved ikke – gå til spørgsmål 20
18.b Hvis ja, hvor mange gange har du gjort en kvinde gravid?					
-----	Gange				

19a. Hvad blev udfaldet af din partners 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 din partner 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 gjort en kvinde gravid én gang, gå da til spørgsmål 20.		

19b. Hvad blev udfaldet af din partners 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 din partner 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"/>

20. Har du <u>aktuelt</u> et ønske om at få børn? (Angiv kun et svar)		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ved ikke

21. Har du i en periode haft ubeskyttet samliv <u>uden</u> at gøre en partner gravid? (Sæt gerne flere kryds)		
<input type="checkbox"/>	Nej – gå til spørgsmål 23a	
<input type="checkbox"/>	Ja, med min nuværende partner	Angiv hvor mange måneder I har forsøgt at blive gravide? _____ Mdr.
<input type="checkbox"/>	Ja, med en tidligere partner	Angiv hvor mange måneder I forsøgte at blive gravide? _____ Mdr.

22. Hvis du uden held har forsøgt at gøre en partner gravid i mere end 1 år, er du/I blevet undersøgt og hvad er årsagen? (Angiv kun et svar)	
<input type="checkbox"/>	Jeg har aldrig forsøgt at gøre en partner gravid i mere end 1 år
<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 årsagen her: _____ _____ _____

Helbredsoplysninger

I det følgende vil du blive spurgt ind til dit nuværende og tidligere helbred

23.a Var begge dine testikler på plads i pungen, da du var spædbarn? (Angiv kun et svar)					
<input type="checkbox"/>	Ja, begge testikler				
<input type="checkbox"/>	Nej, kun den ene testikel				
<input type="checkbox"/>	Nej, ingen af testiklerne var på plads i pungen				
<input type="checkbox"/>	Ved ikke				
23.b Hvis nej, er du blevet opereret herfor? (Angiv kun et svar)					
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ved ikke

24. Har du haft fåresyge efter du er fyldt 15 år? (Angiv kun et svar)					
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ved ikke

25. Har du været udsat for slag mod pungen, der resulterede i hævelse og/eller misfarvning af pungen? (Angiv kun et svar)					
<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Ved ikke

26. Har en læge behandlet dig for en eller flere af følgende lidelser: (sæt et kryds for hver linje – hvis du svarer ja, udfyld da de supplerende spørgsmål)							
Ja	Nej						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klamydia-infektion	Hvis ja, hvor mange gange: _____	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gonoré	Hvis ja, hvor mange gange: _____	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Betændelse i bitestiklen (epididymitis)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Betændelse i blærehalskirtlen (prostatitis)					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Syfilis					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kønsvorter					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV					

27. Har du eller har du tidligere haft en eller flere af følgende tilstande?			
(sæt et kryds for hver linje – hvis du svarer ja, udfyld da de supplerende spørgsmål)			
Ja	Nej		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Årebræk i pungen (varicocele)	Er du blevet opereret herfor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, angiv årstal for operationen: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lyskebræk (ingvinalt hernie)	Er du blevet opereret herfor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, angiv årstal for operationen: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Snoning af/torkveret testikel (torsio testis)	Er du blevet opereret herfor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, angiv årstal for operationen: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Testikelkræft	Er du blevet opereret herfor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, angiv årstal for operationen: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre lidelser i urinveje, penis eller pung	Er du blevet opereret herfor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, angiv årstal for operationen: _____ Angiv hvilken: _____ _____ _____

28. 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"/>	Sukkersyge (diabetes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	For højt eller lavt stofskifte
<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 – angiv venligst hvad: _____ _____ _____ _____

29. Hvor ofte anvender du svagt smertestillende håndkøbsmedicin fx Panodil, Kodimagnyl, Ipren?
(Angiv kun ét svar)

Én eller flere gange dagligt

Én eller flere gange om ugen

Én eller flere gange om måneden

Sjældnere end én gang om måneden

Aldrig

30. Tager du antidepressiver også kaldet "lykkepiller"?
(Angiv kun ét svar)

Ja Nej

Hvis ja, anfør præparatnavn og dosis i skemaet nedenfor (spørgsmål 33)

31.a Tager du anden medicin?

Ja Nej

31.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	

32. Har du nogensinde fået kemoterapi?
(Angiv kun én svar)

Ja Nej

Din mors sundhed

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

33. Hvilket år blev din mor født?

(Hvis du ikke ved det, skriv da 0)

----- Angiv årstal

34. Var din mor ryger, da hun ventede dig? Spørg hende, hvis du har mulighed for det. (Angiv kun ét svar)

Ja Nej Ved ikke

35. 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

36. 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

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.

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

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

----- gram

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

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

----- cm

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

(Angiv kun ét svar)

Ja - gå til spørgsmål 41

Nej, jeg blev født før tid (før 37.uge) – gå til spørgsmål 40

Nej, jeg blev født over tid (efter 42 uger) – gå til spørgsmål 41

Ved ikke - gå til spørgsmål 41

40. 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.

41. Ryger du eller tager du snus?

(Sæt gerne flere kryds)

- Ja, jeg ryger. Gå til spørgsmål **42**
- Ja, jeg tager snus. Gå til spørgsmål **43**
- Nej, men jeg har røget/taget snus. Gå til spørgsmål **44**
- Nej, men jeg bliver dagligt udsat for passiv rygning. Gå til spørgsmål **45**
- Nej, jeg har aldrig røget/taget snus. Gå til spørgsmål **45**

42. Hvis du ryger?Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge?
(Angiv alder i år)I hvor mange år har du sammenlagt røget?
(hvis du har røget i flere perioder, skal du lægge alle perioder sammen)

Hvor meget ryger du om dagen? Antal cigaretter pr dag

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

43. 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

44. 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
Hvor meget røg du om dagen?	Antal cigaretter pr dag	Stk.
	Antal gram pibetobak pr uge (1 pakke/dåse indeholder typisk 50 g)	gram

45.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 46
<input type="checkbox"/>	Jeg har taget euforiserende stoffer få gange (mindre 3 gange)
<input type="checkbox"/>	Jeg har taget euforiserende stoffer flere gange (mere end 3 gange)

45.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 måneder?
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:

46. Tager du eller har du tidligere taget anabolske steroider? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Ja, jeg tager aktuelt anabolske steroider Angiv gennem hvor mange måneder eller år: _____ mdr. _____ år
<input type="checkbox"/>	Ja, jeg har tidligere brugt anabolske steroider. Angiv gennem hvor mange måneder eller år: _____ mdr. _____ år Angiv hvornår du ophørte (årstal): _____
<input type="checkbox"/>	Nej, jeg har aldrig brugt anabolske steroider.

47. Hvor ofte drikker du alkohol (øl, vin, hedvin eller spiritus)? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Aldrig – gå til spørgsmål 50
<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"/>	5-7gange om ugen

48. Hvor mange genstande drikker du sædvanligvis om ugen? (1 genstand = 1 flaske øl eller 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

49. 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

50. 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	

51. 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> :

52. 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:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

53. 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	
<input type="checkbox"/> Ved ikke	

54. 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

55. Hvilke af følgende muligheder beskriver bedst din fritid? (Angiv kun ét svar)	
<input type="checkbox"/>	Jeg tilbringer dagen med stillesiddende aktiviteter (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

56. Hvor mange timer om ugen er du så fysisk aktiv, at 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

57. Hvor ofte føler du dig nervøs eller stresset? (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

58. 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

59. Hvor tit..... (sæt et kryds ud for hvert spørgsmål)					
	Altid	Ofte	Sommetider	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"/>

60. hvordan syntes 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.

61. Hvad er for dig den ideelle alder at få dit første barn?

(Angiv alder)

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

62. Hvad er for dig den ideelle alder at have ved sidste barns fødsel? (Angiv alder)

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

63. Hvad synes du generelt er den ideelle alder for manden at få sit første barn? (Angiv alder)

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

64. Hvad synes du generelt er den ideelle alder for manden at få sit sidste barn? (Angiv alder)

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

65. Hvor mange børn ønsker du i alt at få? (Angiv antal)

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

66. Har du overvejet, at det kan blive svært at gøre en kvinde gravid? (Angiv kun ét svar)

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

67. Hvis din partner ikke kan blive gravid på naturlig måde, vil du gå med til at søge en løsning med en af følgende metoder? (Sæt ét kryds i hver linje)

	Helt sikkert	Højest sandsynligt	Måske/ 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 med mandens sæd 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 ønsker bare at vide hvad du tror.

68. 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"/>

69. 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"/>

70. 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 med mandens sæd 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 med mandens sæd 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.

71. 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

72. Kommentarer i øvrigt:

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