

KVINNER OG KREFT

2003
KONFIDENSIELT

Følgende opplysninger fylles ut i forbindelse med blodprøvetaking.

DETTE SKJEMA **MÅ** FØLGE
BLODPRØVEN!

Skjemaet skal leses optisk. Vennligst bruk blå eller sort penn. Du kan ikke bruke komma, bruk blokkbokstaver.

ID-nr:

LAB-kobling.

Jeg har lest informasjonen om blodprøveundersøkelsen
og samtykker i å delta i denne:

Ja: ☐

PRØVETAKINGSDAGEN

Fyll inn tidspunkt når

blodprøven er tatt:

Dato:

dag

mnd

--	--	--	--

Klokkeslett:

+

--	--	--	--

MENSTRUASJONSFORHOLD

Har du menstruasjon?

Ja ☐

Nei ☐

Uregelmessig ☐

Er gravid ☐

Hvis ja:

Angi dato for første dag
i siste menstruasjon:

dag

mnd

--	--	--	--

MATINNTAK

Når spiste du siste måltid før

blodprøven ble tatt:

Dato:

dag

mnd

--	--	--	--

Klokkeslett:

--	--	--	--

+

RØYKEVANER SISTE UKEN

Har du røkt i løpet av siste uke?

Ja ☐

Nei ☐

Hvis ja: Hvor mange sigaretter røkte du?

Antall i går:

--	--

+

Antall i dag:

--	--

VEKT OG HØYDE

Hvor mye veier du i dag?

kg

--	--	--

Hvor høy er du?

cm

--	--	--

Er disse målene tatt
på legekantoret i dag?

Ja ☐

Nei ☐

+

MEDISINER I LØPET AV SISTE UKE

Har du brukt P-piller i løpet av siste uke?

Ja ☐
 Nei ☐

Hvis ja:

Angi dato for siste tablett

dag		mnd	

Preparatnavn:

----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Har du i løpet av siste uke brukt
hormontabletter (østrogen, gestagen)
for overgangsalderen?

Ja ☐
 Nei ☐

Hvis ja:

Angi dato for siste tablett

dag		mnd	

Preparatnavn:

----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Preparatnavn:

----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Preparatnavn:

----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Har du brukt andre medisiner
i løpet av siste uke?

Ja ☐
 Nei ☐

Hvis ja:

Angi dato for siste tablett

dag		mnd	

Preparatnavn:

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Preparat navn:

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Preparat navn:

----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

BRUK AV KOSTTILSKUDD I LØPET AV SISTE UKE

Har du brukt tran (flytende)
i løpet av siste uke?

Ja ☐
 Nei ☐

Hvis ja:

Angi dato du sist tok tran

dag		mnd	

Hvor mye tran tok du da?

☐ 1 ts ☐ 1/2 ss ☐ 1+ ss

Har du brukt trankapsler i løpet av siste uke?

Ja ☐
 Nei ☐

Hvis ja:

Angi dato du sist tok trankapsel

dag		mnd	

Hvor mange trankapsler tok du da?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+

Navn på trankapselpreparatet du tok sist:

.....

----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Har du brukt andre kosttilskudd
(vitaminer/mineraler) i løpet av siste uke?

Ja ☐
 Nei ☐

Hvis ja:

Angi dato for siste tablett

dag		mnd	

Preparatnavn:

----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Preparatnavn:

----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

Preparatnavn:

----------------------	----------------------	----------------------

(ikke skriv her)

STILLING NÅR BLODPRØVEN BLE TATT

Sittende ☐

Liggende ☐

Takk for hjelpen!