

# NOSQ-2002/LONG in Icelandic – Norrænn spurningalisti vegna atvinnutengdra húðsjúkdóma

## Leiðbeiningar og dæmi fyrir þann sem svarar

**Spurningar í ramma** eiga að svarast af ÖLLUM.

Ef svarið er "nei" við spurningu í ramma, skal fara beint í næstu "rammaspurningu".

Sleppið engum innrömmuðum spurningum.

1. merkið í svarreitinn eins og við á

nei  1

já  2

2. Merkið aðeins í einn reit nema beðið sé um annað, til dæmis :

**Hvenær fékkst þú fyrst exem á hendur, úlnliði framhandleggi?**

(eitt svar í hverja röð ef það á við; giskaðu ef þú veist ekki svarið nákvæmlega)

	Exem á höndum	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum
yngrri en 6 ára	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
milli 6 og 14 ára	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
milli 15 og 18 ára	<input type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 5
eldri en 18 ára	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

3. Ef aukaspurning kemur beint á eftir spurningu sem þú hefur þegar svarað, skal skrifa það svar í línuna sem kemur á eftir, til dæmis:

já  2 **Hvenær var það síðast?** 1997 (ár)  
(áætlaðu ef þú veist ekki)

4. Svarið spurningunum í réttri röð nema að um annað sé beðið. Ef beðið er um að þú farir beint á aðra spurningu, skalt þú gera það án þess að svara spurningunum sem á milli eru, til dæmis:

nei  1 (farið að spurningu S1)

já  2

5. Hugsið ekki um númerin sem eru á eftir boxunum, t.d. "Nei" er alltaf  1, og "já" er  2. Önnur box eru númeruð 3 og áfram.

Leiðbeiningar eru skrifaðar með skáletri.

Auðkenni svarenda: \_\_\_\_\_

**G1. Vinnustaður:** \_\_\_\_\_ G1wp

**Deild:** \_\_\_\_\_ G1dep

**G2. Ert þú**

karl  1

kona  2

**G3. Fæðingarár:** 19\_\_

**G4. Ert þú núna ...?**

(merkið einungis við eitt svar)

ráðinn í vinnu  3

sjálfstæður atvinnurekandi/verktaki  4

heimavinnandi (eingöngu)  5 (farið nú að spurningu A1, á síðu 4)

atvinnulaus  6

nemandi  7 (farið nú að spurningu G8, á síðu 3)

í þjálfun  8

fæðingarorlof  9

kominn á eftirlaun  10 (farið nú að spurningu A1 á síðu 4)

annað, hvað? \_\_\_\_\_ G4txt  11

**G5. Hvaða vinnu stundar þú nú?** \_\_\_\_\_ G5txt

Síðan hvenær? \_\_\_\_\_ G5y (ár)

**G6. Við hvað vinnur þú aðallega?** \_\_\_\_\_ G6txt

**Síðan hvenær?** \_\_\_\_\_ G6y (*ár*)

**G7. Hve margar klukkustundir á viku vinnur þú við þína aðalvinnu (að meðaltali)?**

\_\_\_\_\_ (*klst/vika*)

**G8. Vinnur þú við eitthvað annað sem þú færð greitt fyrir?**

nei  1

já  2 **Hverskonar vinnu?** \_\_\_\_\_ G8txt

**Hve marga tíma á viku, (að meðaltali)?** \_\_\_\_\_ G8h (*klst/vika*)

**A1. Hefur þú einhvern tíma fengið klējandi útbrot sem koma og fara, í að minnsta kosti 6 mánuði, og hafa einhvern tíma komið í húðfellingar** (*átt er við olnbogabætur, hnésbætur, ökkla, undir rasskinnum, á hálsi, kringum augu eða eyru*)

nei  1

já  2

veit ekki  0

**A2. Hefur þú einhvern tíma fengið ofnæmiskvef ("hay fever") eða önnur einkenni ofnæmis í nefslímhúð t.d. frá frjókornum eða dýrum?**

nei  1

já  2

veit ekki  0

**A3. Hefur þú einhvern tíma fengið ofnæmiskvef frá augum t.d. eftir frjókorn eða eftir dýr?**

nei  1

já  2

veit ekki  0

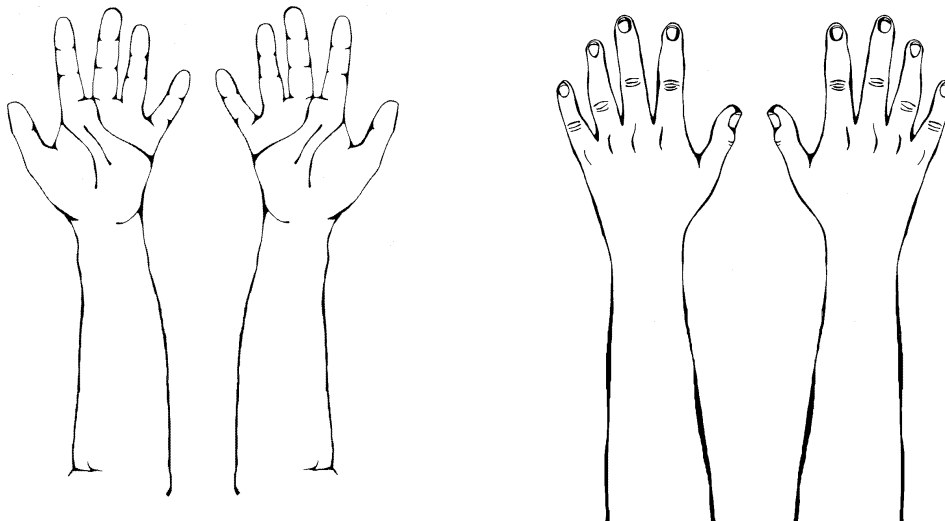
**A4. Hefur þú einhvern tíma fengið astma?**

nei  1

já  2 **Hefur það verið greint af lækni?** nei  1 A4dg

já  2 **hvenær?** \_\_\_\_\_ A4y (ár)

veit ekki  0

**D1. Hefur þú einhverntíma haft exem á höndum?**nei  1já  2**D2. Hefur þú einhverntíma haft exem á úlnliðum eða á framhandleggjum (olnbogabætur eru undanskildar)?**nei  1 (*ef einnig er svarað "nei" við spurningu D1, skal fara beint að spurningu U1, á síðu 12*)já  2**D3. Merkið svæði á höndum eða framhandleggjum sem þú færð oftast exem á**  
(*eitt eða fleiri svæði*)

Variable names for coding the respondents' shading in the D3-picture:

fingers	<input type="checkbox"/> 2 D3fi
finger webs	<input type="checkbox"/> 2 D3fw
backs of hands	<input type="checkbox"/> 2 D3bh
palms	<input type="checkbox"/> 2 D3pa
wrists	<input type="checkbox"/> 2 D3wr
forearms	<input type="checkbox"/> 2 D3fo

**D4. Hve oft hefur þú fengið exem á hendur, úlnliði eða framhandleggi?***(eitt svar í hverja röð ef það á við)*

	Exem á höndum D4H	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum D4F
aðeins einu sinni, sem varaði <u>skemur</u> en 2 vikur	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
aðeins einu sinni en það varaði <u>lengur</u> en 2 vikur	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
oftar en einu sinni	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
(næstum) alltaf	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

**D5. Hvenær fékkst þú síðast exem á hendur eða á framhandleggi?***(eitt svar í hverja röð ef það á við)*

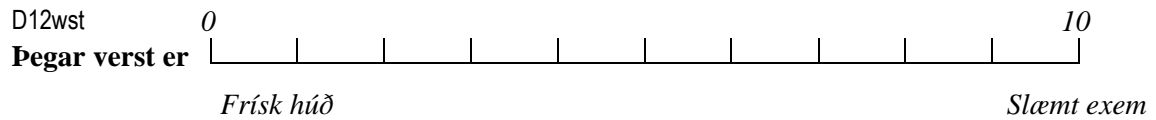
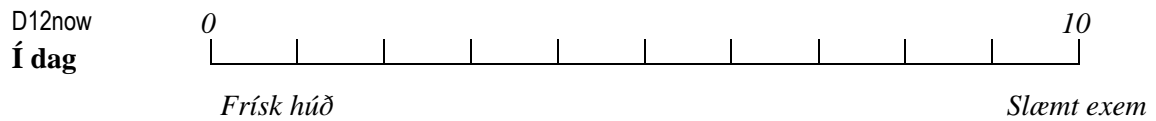
	Exem á höndum D5H	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum D5F
Ég hef exem núna	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
ekki núna en hef haft exem innan 3ja mánaða	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
fyrir 3-12 mánuðum síðan	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
það er lengra en 12 mánuðir síðan	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>Hvaða ár var það síðast?</b> <i>(átlaðu ef þú veist ekki)</i>	_____ (ár) D5Hy	_____ (ár) D5Fy

**D6. Hvenær fékkst þú fyrst exem á hendur úlnliði eða framhandleggi?***(eitt svar í hverja röð ef það á við; átlaðu ef þú veist ekki)*

	Exem á höndum D6H	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum D6F
yngrri en 6 ára	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
milli 6 og 14 ára	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
milli 15 og 18 ára	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
eldri en 18 ára	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>Á hvaða ári byrjaði þetta?</b> <i>(átlaðu ef þú veist ekki)</i>	_____ (ár) D6Hy	_____ (ár) D6Fy

***Ef hand/framhandleggja exemidd byrjaði fyrir 18 ára aldur, farið þá að spurningu D10, á síðu 7***

	Exem á höndum	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum
<b>D7. Hvað heldur þú að hafi orsakað exemið á höndum, úlnliðum, framhandleggjum, þegar það byrjaði?</b> <i>(orsök)</i>	_____	_____
	D7Htxt	D7Ftxt
veit ekki orsökina	<input type="checkbox"/> 1 D7H	<input type="checkbox"/> 1 D7F
<b>D8. Hvaða <u>atvinnu</u> stundaðir þú þegar exemið byrjaði?</b> <i>(atvinna)</i>	_____	_____
	D8Htxt	D8Ftxt
<b>D9. Við hvað starfaðir þú aðallega þegar <u>exemið byrjaði?</u></b> <i>(starfsemi)</i>	_____	_____
	D9Htxt	D9Ftxt
<b>D10. Hefur þú leitað læknis eftir að þú varðst fullorðinn, vegna exems á höndum/úlnliðum/ framhandleggjum?</b>		
	Exem á höndum	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum
	D10H	D10F
nei	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
já	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>Hvenær var það síðast?</b> <i>(áætlaðu ef þú veist ekki)</i>	_____D10Hy (ár)	_____D10Fy (ár)
<b>D11. Á hvaða árstíma ert þú oftast með exem á höndum/framhandleggjum/úlnliðum?</b> <i>(eitt svar eða fleiri í hverja röð ef við á)</i>		
	Exem á höndum	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum
	D11H	D11F
enginn munur á árstíðum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
vetur	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
vor	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
sumar	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
haust	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

**D12. Hvernig myndir þú meta exemið almennt, á skala 0-10?***(merktu á línuna eftir því hversu slæmt þér finnst exemið vera)***F1. Hefur þú tekið eftir að snerting við einhver efni í vinnunni geri exemið verra?***(eitt svar í hverja röð ef það á við)*

	Exem á höndum	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum
nei	F1H <input type="checkbox"/> 1	F1F <input type="checkbox"/> 1
já	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>Hvaða efni?</b>	_____	_____
	F1Htxta	F1Ftxta
	_____	_____
	F1Htxtb	F1Ftxtb
veit ekki	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0



**F2. Hefur þú tekið eftir að snerting við einhver efni utan vinnustaðs geri exemið verra?***(eitt svar í hverja röð ef það á við)*

	Exem á höndum F2H	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum F2F
nei	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
já	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
veit ekki	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

*Ef þú svaraðir “nei” eða “veit ekki” í báðar línur farðu þá að spurningu F4, á síðu 10***F3. Hvað finnst þér vera mikilvægast utan vinnustaðar, sem gerir exemið verra?***(merkið í mesta lagi við 5 hluti í hverri röð)*

	Exem á höndum	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum
fljótandi sápa, sápustykki, sjampó, aðrar snyrtivörur,	<input type="checkbox"/> 2 F3Hhyg	<input type="checkbox"/> 2 F3Fhyg
þvottaefni og önnur hreinsiefni sem notuð eru við þrif heima við	<input type="checkbox"/> 2 F3Hhou	<input type="checkbox"/> 2 F3Fhou
snerting við matvöru	<input type="checkbox"/> 2 F3Hfoo	<input type="checkbox"/> 2 F3Ffoo
starfsemi þar sem hendur eru lengi blautar	<input type="checkbox"/> 2 F3Hwet	<input type="checkbox"/> 2 F3Fwet
tíður handþvottur	<input type="checkbox"/> 2 F3Hwas	<input type="checkbox"/> 2 F3Fwas
hanskar	<input type="checkbox"/> 2 F3Hglo	<input type="checkbox"/> 2 F3Fglo
vélaviðhald (t.d. bílar), snerting við olíur	<input type="checkbox"/> 2 F3Hmac	<input type="checkbox"/> 2 F3Fmac
byggingarvinna, málningarvinna, veggfóðrun, endurnýjun á húsnæði eða viðgerðir	<input type="checkbox"/> 2 F3Hcon	<input type="checkbox"/> 2 F3Fcon
garðyrkjustörf, snerting við plöntur, mold, grænmeti, ber, ávexti o.s.frv.	<input type="checkbox"/> 2 F3Hgar	<input type="checkbox"/> 2 F3Fgar
sýkingar (kvef, flensa, hiti)	<input type="checkbox"/> 2 F3Hinf	<input type="checkbox"/> 2 F3Finf
andlegt álag, vont skap, stress	<input type="checkbox"/> 2 F3Hstr	<input type="checkbox"/> 2 F3Fstr
þegar þú hefur tíðablæðingar	<input type="checkbox"/> 2 F3Hhmf	<input type="checkbox"/> 2 F3Fhmf
annað, <b>hvað?</b> _____	F3otxta <input type="checkbox"/> 2 F3Hoa	<input type="checkbox"/> 2 F3Foa
_____	F3otxtb <input type="checkbox"/> 2 F3Hob	<input type="checkbox"/> 2 F3Fob
_____	F3otxtc <input type="checkbox"/> 2 F3Hoc	<input type="checkbox"/> 2 F3Foc

**F4. Lagast exemið þegar þú ert í fríi frá aðalvinnu þinni (t.d um helgar eða við lengri frí)?***(eitt svar í hverja röð ef það á við)*

	Exem á höndum	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum
nei	F4H <input type="checkbox"/> 1	F4F <input type="checkbox"/> 1
já, stundum	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
já, oftast	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
veit ekki	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**C1. Hefur exem á höndum eða á framhandleggjum haft á einhvern hátt áhrif á daglegar athafnir í vinnunni? Hver eftirtalinna fullyrðinga er sönn?***(merkið við það sem við á)*nei alls ekki  1 C1**Vegna exemsins ...**... verð ég að nota hanska  2 C1glo... hef ég þurft að breyta til í vinnunni  2 C1cwt... ég hef skipt um vinnu  2 C1cop... hefur verið erfitt fyrir mig að fá vinnu  2 C1dif... eru vinnufélagar eða atvinnurekandi minn neikvæðir gagnvart mér  2 C1neg... er val mitt á vinnu takmarkað  2 C1cho... hafa tekjur mínar lækkað  2 C1inc... hef ég verið veikur eða frá vinnu  2 C1off**Hve lengi hefur þú verið veikur eða frá vinnu vegna exems sl 12 mánuði ? \_\_\_\_\_ C1offw (vikur)**... ég hef misst vinnuna vegna húðvandamála  2 C1los... ég hef farið á eftirlaun vegna húðvandamála  2 C1retaðrar afleiðingar, hverjar? \_\_\_\_\_ C1otxt  2 C1o

**C2. Hvernig hefur exemið haft áhrif á líf þitt sl 12 mánuði ?***(eitt svar í hverja línu)*

	Engin áhrif	Lítill áhrif	Nokkur áhrif	Mikil áhrif	Á ekki við
C2ocw atvinna mín	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2hda dagleg störf heima við	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2spa íþróttir (og svipað)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2oha tómstundir	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2sle svefn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2tra að komast á milli staða, ferðalög	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2soc félagslíf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2rel nán samskipti	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2sex kynlíf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
C2moo skapið	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

**C3. Hefur exemið haft neikvæð áhrif á fjárhagstöðu þína (lyfja og læknskostnaður, vinnutap, vinnugeta, hef þurft þurft að skipta um vinnu)? (aðeins eitt svar)**

- engin neikvæð fjárhagsleg áhrif (enginn kostnaður eða hef fengið hann að fullu bættan)  0
- ég hef haft kostnað en hann hefur ekki breytt fjárhagsstöðu minni (óveruleg áhrif)  2
- einhver fjárhagsleg áhrif  3
- verulegt fjárhagslegt tjón  4

**U1. Hefur þú einhvern tíma haft klæjandi uppþot/útbrot á höndum eða framhandleggjum sem koma og fara innan 24 klst? (urticaria, þinur)?**

nei  1 (farið að spurningu S1, síðu 14)

já  2

**U2. Hafa þessi uppþot á höndum eða á framhandleggjum verið orsökun af snertingu við ávexti, grænmeti, gúmmíhanska, dýr osfrv.?**

(uppþot sem koma strax eða nokkrum mínútum eftir snertingu)

nei  1 (farið að spurningu S1, síðu 14)

já  2 eftir húðsnertingu við hvað? \_\_\_\_\_ U2txta

\_\_\_\_\_ U2txtb

\_\_\_\_\_ U2txtc

veit ekki  0 (farið að spurningu S1, síðu 14)

**U3. Hve oft hefur þú fengið þessi klæjandi uppþot á hendur, upphandleggi?**

(aðeins eitt svar)

einu sinni  3

2-5 svar  4

oftar en 5 sinnum  5

**U4. Hvenær fékkst þú þessi klæjandi útbrot sem koma og fara, á hendur/upphandleggi, síðast?**

(aðeins eitt svar)

síðastliðna 7 daga  3

fyrir 1-12 vikum síðan  4

fyrir 3–12 mánuðum síðan  5

fyrir meira en 1 ári síðan  6

**Hvaða ár?** \_\_\_\_\_ U4y (ár)

(áætlaðu ef þú veist ekki)

**U5. Hvenær fékkst þú fyrst klæjandi uppþot sem koma og fara, á hendur/framhandleggi (urticaria)?** (*aðeins eitt svar*)

- Pegar ég var yngri en 6 ára  3
- Pegar ég var á 6 til 14 ára aldri  4
- Pegar ég var á 15 til 18 ára aldri  5
- Pegar ég var eldri en 18 ára  6

**Á hvaða ári byrjaði þetta?** \_\_\_\_\_ (ár)  
*(áætlaðu ef þú veist ekki)* U5y

*Ef þú byrjaðir að fá þessi klæjandi uppþot fyrir 18 ára aldur farðu þá að spurningu U8*

**U6. Hvaða vinnu stundaðir þú þegar þessi klæjandi uppþot á höndum/framhandleggjum byrjuðu?**

*atvinna* \_\_\_\_\_ U6txt

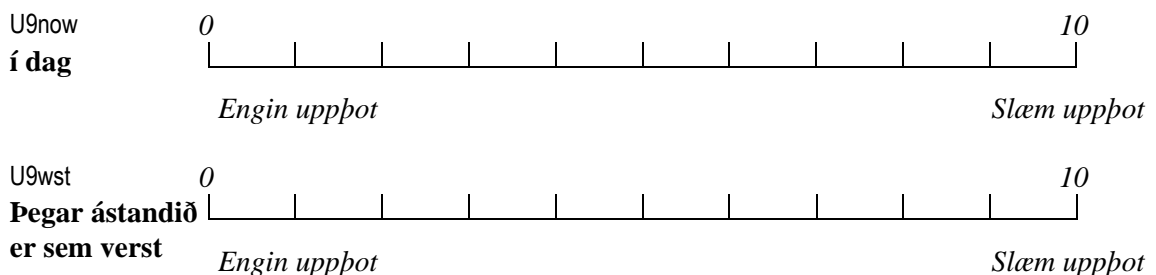
**U7. Við hvað fékkst þú aðallega í vinnunni þegar þú byrjaðir að fá uppþot á hendur/framhandleggi?**

*aðalverkefni* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ U7txt

**U8. Hefur þú leitað læknis eftir að þú varðst fullorðinn, vegna klæjandi uppþota á höndum/framhandleggjum?**

- nei  1
- já  2 **Hvenær síðast?** \_\_\_\_\_ U8y (ár)  
*(áætlaðu ef þú veist ekki)*

**U9. Hvernig myndir þú flokka þessi klæjandi uppþot (urticaria) á skala frá 0-10?**  
*(settu merki á línuna sem passar við hve slæm uppþotin (urticarian) eru)*



**S1. Hefur þú fengið einhver af eftirfarandi einkennum á hendur/úlnliði eða framhandleggjum sí 12 mánuði? (merkið allstaðar sem við á)**

	Exem á höndum	Exem á úlnliðum/ framhandleggjum
engin einkenni sí 12 mánuði	<input type="checkbox"/> 1 S1H	<input type="checkbox"/> 1 S1F
roði	<input type="checkbox"/> 2 S1Hre	<input type="checkbox"/> 2 S1Fre
þurr húð með flögnun eða hreistri	<input type="checkbox"/> 2 S1Hdr	<input type="checkbox"/> 2 S1Fdr
sprungur í húðinni	<input type="checkbox"/> 2 S1Hfi	<input type="checkbox"/> 2 S1Ffi
vessar eða skorpumyndun	<input type="checkbox"/> 2 S1Hcr	<input type="checkbox"/> 2 S1Fcr
örlitlar vessablöðrur	<input type="checkbox"/> 2 S1Hve	<input type="checkbox"/> 2 S1Fve
litlar örður (papulur)	<input type="checkbox"/> 2 S1Hpa	<input type="checkbox"/> 2 S1Fpa
síendurtekin klæjandi uppþot sem koma og fara skyndilega	<input type="checkbox"/> 2 S1Hur	<input type="checkbox"/> 2 S1Fur
kláði	<input type="checkbox"/> 2 S1Hit	<input type="checkbox"/> 2 S1Fit
bruni, stingir, sviði	<input type="checkbox"/> 2 S1Hbu	<input type="checkbox"/> 2 S1Fbu
viðkvæm húð	<input type="checkbox"/> 2 S1Hte	<input type="checkbox"/> 2 S1Fte
verkir í húð	<input type="checkbox"/> 2 S1Hap	<input type="checkbox"/> 2 S1Fap
eithvað annað, <b>hvað?</b> _____ S1otxt	<input type="checkbox"/> 2 S1Ho	<input type="checkbox"/> 2 S1Fo

**S2. Færð þú útbrot eftir málmhnappa, klemmur, óekta skartgripi (t.d. eyrnalokka) eða aðra málmhluti sem snerta húðina? (undanskilin eru útbrot undir hringjum)**

- nei  1
- já  2

**S3. Hefur þú þurra húð?**

- nei  1
- já  2

**S4. Finnur þú fyrir kláða þegar þú svitnar?**nei  1já  2**S5. Hefur þú fengið barnaexem, (útbrot í olnbogabótum og/eða í hnésbótum)?**nei  1já  2

**T1. Hefur læknir einhverntíma greint ofnæmi hjá þér?**

- nei  1 (*farið að spurningu E1, síðu 17*)
- já  2
- veit ekki  0 (*farið að spurningu E1, síðu 17*)

**T2. Hvaða ofnæmi hefur verið greint hjá þér?**

Tiltakið ofnæmið, aðeins eitt í hverja línu. Giskaðu á hvenær, ef þú ert ekki viss

- \_\_\_\_\_ T2txta **Hvenær?** \_\_\_\_\_ T2ya (*ár*)
- \_\_\_\_\_ T2txtb **Hvenær?** \_\_\_\_\_ T2yb (*ár*)
- \_\_\_\_\_ T2txtc **Hvenær?** \_\_\_\_\_ T2yc (*ár*)
- \_\_\_\_\_ T2txtd **Hvenær?** \_\_\_\_\_ T2yd (*ár*)
- \_\_\_\_\_ T2txte **Hvenær?** \_\_\_\_\_ T2ye (*ár*)
- \_\_\_\_\_ T2txtf **Hvenær?** \_\_\_\_\_ T2yf (*ár*)
- \_\_\_\_\_ T2xtg **Hvenær?** \_\_\_\_\_ T2yg (*ár*)

veit ekki  0

**T3. Var ofnæmið greint með ...**

(*merkið við það sem við á*)

**lappaprófi** (*efnin sem prófa á eru sett á bakið og plástur yfir, tekið af eftir 2 daga og lesið af*)

2 T3pa

**húðrispuprófi** (*dropar með prófefninu eru settir á framhandlegg og rispað í gegnum þá með nál. Niðurstöður eru lesnar eftir 15-30 mínútur*)

2 T3pr

**blóðpróf** (*t.d., RAST-próf*)

2 T3bl

annað, hvað? \_\_\_\_\_ T3otxt

2 T3o

veit ekki

0



**E1. Hefur þú einhverntíma notað hanska til að verja hendurnar í vinnunni?**

- nei, aldrei  1 (*farið í spurningu E5, síða 18*)
- já, núna  2 **Hve marga tíma á dag að meðaltali?** \_\_\_\_\_ E1h (*klst*)
- já, en ekki núna  3

**E2. Hvaða tegund af hönskum notar (notaðir) þú í vinnunni? (merkið við það sem við á)**

	Núna	Áður fyrr	
úr náttúrulegu gúmmí / latex	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2rl
úr gervi-gúmmí (t.d. nitrile, neoprene osfrv.)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2sr
úr plasti (t.d. vinyl, PVC, polyethene)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2pl
bómullarhanska undir gúmmí eða plasthönskum	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2ug
leðurhanska	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2le
tauhanska	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2cl
annað, <b>hvað?</b> _____ E2otxt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2o
veit ekki	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	E2nk

**E3. Hefur þú fengið einkenni frá húð eftir að hafa notað hanska þér til varnar?**

- nei  1 (*farið í spurningu E5, síða 18*)
- já  2 **eftir hvers konar hanska?** (*merkið við það sem við á*)
- |                                  |                            |      |
|----------------------------------|----------------------------|------|
| náttúrulegt gúmmí/latex          | <input type="checkbox"/> 2 | E3rl |
| gervi-gúmmí (nitril, neoprene)   | <input type="checkbox"/> 2 | E3sr |
| plast                            | <input type="checkbox"/> 2 | E3pl |
| leður                            | <input type="checkbox"/> 2 | E3le |
| annað, <b>hvað?</b> _____ E3otxt | <input type="checkbox"/> 2 | E3o  |
| einhverskonar hanska             | <input type="checkbox"/> 2 | E3ag |
| veit ekki                        | <input type="checkbox"/> 2 | E3nk |

**E4. Hefur þú einhvern tíma skipt um hanskategund eða hætt að nota hanska vegna húðeinkenna frá hönskunum?**

- nei  1
- já  2 **hvenær?** \_\_\_\_\_ E4y (*ár*)

**E5. Í hverju felst vinna þín núna? (eitt eða fleiri svör geta átt við)**

		Klst á dag (að meðaltali)		
		Minna en ½	½ til 2	meira en 2
E5ww	blautvinna	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5fo	matargerð / vinna við matvöru	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5pl	plöntur	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5an	dýr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5cl	hreinsiefni	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5so	leysiefni	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5cf	ólíur, slípi eða kælivökvar.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5pa	málning, lakk, viðarvörn eða svipað	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5gl	lím, ýmiskonar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5se	kítli, gifs, gólflagnarefni, cement og þess háttar efni	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5du	ryk (viðarrykt, slípiryk, pappírsryk osfrv.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5sw	mold, rusl	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	annað			
E5oa	<b>Hvað?</b> _____ E5otxta	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5ob	_____ E5otxtb	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5oc	_____ E5otxtc	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5od	_____ E5otxtd	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
E5oe	_____ E5otxte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	Ekkert af ofanskráðu	<input type="checkbox"/> 1		

**E6. Hve margir tímar á dag utan vinnu fara í að?**

(merkið við það sem við á; áætlið ef þið vitið ekki nákvæmlega)

		Klst á dag (að meðaltali)			
		0	minna en ½	½ til 2	meira en 2
E6fo	matargerð	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E6cl	að þrífa og þvo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E6in	passa börn undir 4ra ára aldri	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**E7. Hve oft stundaðir þú þessa iðju utan þinnar vinnu síðastliðna 12 mánuði?***(merkið við allt sem við á; í lagi að giska)*

	Daglega	Minnst einu sinni í viku	Minnst einu sinni í mánuði	Minna en einu sinni mánuði	Einstaka sinnum	
garðyrkja (að sumri)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7gar
bíla eða vélaviðgerðir	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7car
byggingavinna/endurbætur	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7bui
einhver starfsemi þar sem komið er í snertingu við kemisk efni						
hvað? _____	E7chatxt <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7cha
_____	E7chbtxt <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7chb
íþróttir						
<b>hvaða?</b> _____	E7spatxt <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7spa
_____	E7spbtxt <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7spb
tómstundaiðja						
<b>hvaða?</b> _____	E7hoatxt <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7hoa
_____	E7hobtxt <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7hob
_____	E7hocxt <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	E7hoc

**E8. Hve oft þværð þú þér um hendurnar á dag?***(þar með talið í vinnu, heima og í frístundum)*

0-5 sinnum á dag	<input type="checkbox"/> 3
6-10 sinnum á dag	<input type="checkbox"/> 4
11-20 sinnum á dag	<input type="checkbox"/> 5
oftar en 20 sinnum á dag	<input type="checkbox"/> 6

**H1. Myndir þú segja að heislufar þitt, miðað við aldur, sé almennt ...***(aðeins eitt svar)*óaðfinnanlegt  3mjög gott  4gott  5sæmilegt  6lélegt  7**H2. Hve margir búa á heimili þínu að þér meðtöldum? \_\_\_\_\_ H2tot (fjöldi einstaklinga)**

Hve margir þeirra eru börn yngri en 4 ára ? \_\_\_\_\_ H2inf (fjöldi einstaklinga)