



Nafn: _____

Netfang: _____

Áhættumat kransæðasjúkdóms Spurningalisti

- 1. Ættarsaga** **Já** **Nei** **Veit ekki**
- a. Hafa kynforeldrar þínir eða alsystkini þín fengið kransæðasjúkdóm
- b. Telur þú að eftirfarandi sjúkdómar liggi í ætt þinni?
- i. Kransæðasjúkdómur
- ii. Sykursýki
- iii. Hár blóðþrýstingur
- iv. Heilaáföll
- v. Hátt kólesteról

- 2. Reykingar, vinsamlega merktu við eitt svar** **Já**
- i. Sígarettur ½ pakki eða minna á dag og/eða vindlar eða pípa
- ii. Sígarettur ½ til 1 pakki dag
- iii. Sígarettur meira en 1 pakki á dag
- iv. Hætt(ur) að reykja
- v. Aldrei reykt[♥]

Ef þú reykir:

Hversu viljug/ur ertu að hætta að reykja?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ef þú vilt ekki hætta setur þú hring um 1 eða 2.

Ef þú ert óviss um hvort þú viljir hætta þá setur þú hring um 3, 4 eða 5.

Ef þú ert tilbúin/n að hætta setur þú hring um 6, 7 eða 8.

Ef þú ert að hætta þá setur þú hring um 9 eða 10.

Frh. næstu síðu

[♥] Þeir sem hafa reykt færri en 100 sigarettur/pípur/vindla yfir ævina **og** ekkert reykt síðasta mánuðinn merki við hér

3. Hreyfing **Já** **Nei** **Veit ekki**
Stundar þú í íþróttir/líkamsrækt reglulega
(meira en tvisvar í viku)

4. Hafa þessir sjúkdómar greinst hjá þér? **Já** **Nei** **Veit ekki**
i. Kransæðasjúkdómur.....
ii. Sykursýki
iii. Hár blóðþrýstingur
iv. Heilaáföll.....
v. Hátt kólesteról

5. Tekur þú lyf? **Já** **Nei** **Veit ekki**
.....

Ef þú tekur lyf, vinsamlega skráðu þau hér, styrkleika og hve oft þú tekur lyfið

	Nafn lyfs	Styrkleiki	Hve oft
i.	_____	_____	_____
ii.	_____	_____	_____
iii.	_____	_____	_____
iv.	_____	_____	_____
v.	_____	_____	_____