

MoBa COVID-19 Runde 44

Side 1

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette enkle skjemaet vil det ta omtrent 5 minutter å fylle ut.

Hovedhensikten er å forstå utbredelsen av koronavirussykdommen og vaksinasjon.

Det er helt frivillig å delta.

Flere svaralternativer vil komme opp avhengig av ditt svar på de innledende spørsmålene.

Noen av spørsmålene repeteres i hvert spørreskjema. Det er fordi situasjonen er under konstant endring, og fordi ikke alle deltakere svarer på alle skjemaene. Selv om det kan synes unødvendig, håper vi derfor dere likevel vil fortsette å besvare spørsmålene.

På grunn av stor pågang etter utsendelse så kan noen oppleve at feltet nedenfor er tomt. I så fall beklager vi det, og ber deg prøve igjen litt senere.

Aidentifisert-ID *



Sideskift

Side 2


Obligatoriske felter er merket med stjerne *

1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av de siste 14 dagene?

Nei

Ja

1.1. Hvor mange dager er det siden sykdommen/symptomene begynte?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

0-1 dag

2-3 dager


4-5 dager

6-7 dager

8-9 dager

10-14 dager

1.2. Kryss av for *hvor* syk du føler/følte deg:


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nesten ikke syk

Ganske syk, lå i flere dager

Veldig syk

1.3. Kryss av for *hvor lenge* du følte deg syk:


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

1-2 dager

3-5 dager

6 dager eller mer

Vet ikke

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Er fortsatt syk

1.4. Kryss av for *når* du følte deg sykest:



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

- 1-2 dager etter symptomstart
- 3-5 dager etter symptomstart
- 6 dager eller mer etter symptomstart
- Vet ikke



Sideskift

Side 3

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

1.5. Er du nå plaget av hoste?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

- Nei
- Ja

Er det vesentlig tørrhoste eller slimhoste?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1.5. Er du nå plaget av hoste?»

- Tørrhoste
- Slimhoste


1.6. Har du nå rennende nese eller nyser?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

- Nei
- Ja


1.7. Har du nå tett nese?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja


1.8. Har du nå sårhet i halsen?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja

Er det smertefullt å svelge?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1.8. Har du nå sårhet i halsen?»

Nei


Ja



Side 4

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

1.9. Er du nå tett i brystet (tungt å puste)?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja

1.10. Har du i dag eller i løpet av de siste 3 dagene hatt hodepine?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

 Nei Ja1.11. Har du i dag eller i løpet av de siste 3 dagene hatt feber?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

 Nei Ja Vet ikke / ikke målt

Har du vært veldig kald (skjelving) eller opplevd kraftig svetting?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Vet ikke / ikke målt» eller «Ja» er valgt i spørsmålet «1.11. Har du i dag eller i løpet av <u>de siste 3 dagene</u> hatt feber?»

 Nei Ja

Sideskift

Side 5

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

1.12. Har du i dag eller i løpet av de siste 3 dagene hatt magesmerter/kvalme/diaré?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

 Nei Ja

Kryss av:



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1.12. Har du i dag eller i løpet av <u>de siste 3 dagene</u> hatt magesmerter/kvalme/diaré?»

Magesmerter

Kvalme

Diaré

1.13. Har du de siste 3 dagene hatt muskelsmerter?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja

1.14. Har du de siste 3 dagene opplevd svimmelhet?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «1. Er du blitt syk med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja



Sideskift

Side 6

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

2. Har du vært undersøkt av / hatt en konsultasjon med lege (f.eks. telefon) i løpet av de siste 14 dagene?

Spørsmålet gjelder uansett årsak til legekontakten.

Nei

Ja

Kryss av for om du har fått noen av de følgende diagnosene, eller ingen diagnose:



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «2. Har du vært undersøkt av / hatt en konsultasjon med lege (f.eks. telefon) i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

- Mistenkt eller sikker koronavirussykdom
- Mistenkt eller sikker influensa
- Lungebetennelse
- Halsbetennelse
- Forkjølelse
- Annen infeksjon
- Skade
- Annen sykdom
- Ingen diagnose/ Rutinesjekk/ Bedriftshelsetjeneste/ Vaksinasjon

3. Har du allergi som gir luftveissymptomer nå (pollen, gress, støv, midd, dyr, etc)?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

4. Har du vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 14 dagene?

- Nei
- Ja

 Sideskift

Side 7

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

5. Er du blitt testet / har du testet deg for koronavirusinfeksjon i løpet av de siste 14 dagene?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

Hvor mange ganger er du blitt testet / har du testet deg i løpet av de siste 14 dagene?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «5. Er du blitt testet / har du testet deg for koronavirusinfeksjon i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

- 1 gang
- 2 ganger
- 3 ganger
- 4 ganger eller flere
- Vet ikke

Kryss av for hvorfor du ble testet / testet deg for koronavirusinfeksjon:



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «5. Er du blitt testet / har du testet deg for koronavirusinfeksjon i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

- Har vært i utlandet
- Har/hadde symptomer på sykdom
- Har vært i kontakt med personer som er smittet med koronavirus
- På grunn av arbeidssituasjonen min (f.eks. helsepersonell, ansatt i barnehage, skole, etc)
- Fordi jeg har andre helseplager/sykdommer
- Eget ønske om testing
- Lege/helsepersonell anbefalte testing
- Deltakelse i forskningsprosjekt
- På grunn av smitteoppsporing
- Annen grunn

Hva slags test(er) tok du?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «5. Er du blitt testet / har du testet deg for koronavirusinfeksjon i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

- Hurtigtest på teststasjon/legevakt/lege (vanligvis svar i løpet av minutter-time)
- Hurtigtest hjemme/ på jobb / studier/skole (vanligvis svar i løpet av minutter-time)
- PCR-test på teststasjon/legevakt/lege (vanligvis svar i løpet av 1-3 dager)
- Vet ikke

Fikk du påvist koronavirusinfeksjon?



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «5. Er du blitt testet / har du testet deg for koronavirusinfeksjon i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

- Nei
- Ja
- Vet ikke



Sideskift

Side 8

Obligatoriske felter er merket med stjerne *


6. Har du hatt nedsatt luktesans eller smaksans i løpet av de siste 14 dagene?

- Nei
- Ja

7. Er du blitt testet for influensavirusinfeksjon i løpet av de siste 14 dagene?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

Viste testen at du hadde influensavirusinfeksjon?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «7. Er du blitt testet for influensavirusinfeksjon i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

- Nei
- Ja
- Vet ikke

8. Er du blitt vaksinert mot influensa denne høsten (2021)?


- Nei
- Ja
- Vet ikke

Opplevde du noen uønskede reaksjoner eller bivirkninger etter influensavaksinasjonen?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «8. Er du blitt vaksinert mot influensa <u>denne høsten (2021)</u>?»

- Nei
- Ja
- Vet ikke

Hvor lenge etter influensavaksinasjonen startet bivirkning(e)?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Opplevde du noen uønskede reaksjoner eller bivirkninger etter <u>influensavaksinasjonen</u>?»

- Før 30 minutter
- 30 minutter - 12 timer
- 13 - 24 timer
- 1 - 3 døgn
- Etter 3 døgn
- Vet ikke

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet
«Opplevde du noen uønskede reaksjoner eller bivirkninger etter
<u>influensavaksinasjonen</u>?»

Hadde du noen av følgende bivirkninger etter influensavaksinasjonen, og i så fall hvor lenge?

	Nei	Ja, mindre enn 1 dag	Ja, 1 - 2 dager	Ja, 3 - 5 dager	Ja, 6 - 7 dager	Ja, 1 - 2 uker	Ja, 3 - 4 uker	Ja, mer enn 4 uker
Smerter, hevelse i armen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frysninger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvelfølelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dårlig matlyst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hodepine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utslett andre steder på kroppen enn rundt stikkstedet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hudblødninger/blåmerker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neseblod	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blødning fra tannkjøtt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sår i munnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blodpropp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For kvinner: Uvanlig kraftig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
For kvinner: Uventet underlivsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sideskift

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Opplevde du noen uønskede reaksjoner eller bivirkninger etter <u>influensavaksinasjonen</u>?»

Bivirkninger etter influensavaksinasjonen:

	Nei	Ja, mindre enn 1 dag	Ja, 1 - 2 dager	Ja, 3 - 5 dager	Ja, 6 - 7 dager	Ja, 1 - 2 uker	Ja, 3 - 4 uker	Ja, mer enn 4 uker
Kvalme, oppkast	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magesmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diaré	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Svimmelhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besvimelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Influensafølelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskel- og leddsmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Generelle smerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slapphet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hovne lymfekjertler	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergisk reaksjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anafylaktisk reaksjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muskelsvakhet på den ene siden av ansiktet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tretthet/søvnighet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Obligatoriske felter er merket med stjerne *




Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Opplevde du noen uønskede reaksjoner eller bivirkninger etter <u>influensavaksinasjonen</u>?»

Bivirkninger etter influensavaksinasjonen:

	Nei	Ja, mindre enn 1 dag	Ja, 1 - 2 dager	Ja, 3 - 5 dager	Ja, 6 - 7 dager	Ja, 1 - 2 uker	Ja, 3 - 4 uker	Ja, mer enn 4 uker
Søvnløshet (insomni)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Øresus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brystsmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tung pust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hurtig puls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uregelmessig puls	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Høyt blodtrykk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavt blodtrykk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betennelse i hjerteposen (perikarditt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Betennelse i hjertemuskelen (myokarditt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helvetesild	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herpesutbrudd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Andre bivirkninger etter influensavaksinasjonen?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Opplevde du noen uønskede reaksjoner eller bivirkninger etter <u>influensavaksinasjonen</u>?»

Nei

Ja

Andre bivirkninger etter influensavaksinasjonen, beskriv:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Andre bivirkninger etter <u>influensavaksinasjonen</u>?»

 Sideskift

Side 12


Obligatoriske felter er merket med stjerne *

9. Her er noen spørsmål som bare gjelder for kvinner. Kryss av for biologisk kjønn ved fødsel for å få opp spørsmålene.

Kvinne

Mann


Har du livmor?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Kvinne» er valgt i spørsmålet «9. Her er noen spørsmål som bare gjelder for kvinner. Kryss av for biologisk kjønn ved fødsel for å få opp spørsmålene.»

Nei


Ja

Bruker du en app/kalender/dagbok/ annen metode for å logge mensen?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du livmor?»


- Nei
- Ja
- Vet ikke / usikker
- Ikke aktuelt

Hvor lenge har du brukt dette?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Bruker du en app/kalender/dagbok/ annen metode for å logge mensen?»

- Mindre enn ett år
- 1-2 år
- Mer enn 2 år
- Usikker

Oppgi hvor mange måneder du har brukt dette:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Mindre enn ett år» er valgt i spørsmålet «Hvor lenge har du brukt dette?»


Velg ... 

 Sideskift

Side 13

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Menstruerer du vanligvis?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du livmor?»


- Nei, på grunn av hormonspiral/mini-piller/p-stav/ annen hormonbehandling
- Nei, annen grunn
- Ja
- Ja vanligvis, men er gravid nå
- Vet ikke

 Sideskift

Side 14


Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Har du fått koronavaksine?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei, på grunn av hormonspiral/mini-piller/p-stav/ annen hormonbehandling», «Nei, annen grunn» eller «Vet ikke» er valgt i spørsmålet «Menstruerer du vanligvis?»


- Nei
- Ja, har fått én dose
- Ja, har fått to doser
- Ja, har fått tre doser eller flere
- Vet ikke

Har du opplevd uventet underlivsblødning(er) i løpet av 2021?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei, på grunn av hormonspiral/mini-piller/p-stav/ annen hormonbehandling», «Nei, annen grunn» eller «Vet ikke» er valgt i spørsmålet «Menstruerer du vanligvis?»


- Nei
- Ja
- Vet ikke

Oppgi ca. dato for når den siste uventede blødningen startet:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du opplevd uventet underlivsblødning(er) <u>i løpet av 2021</u>?»


DD.MM.YYYY 

Hvis du ikke husker datoen, kan du oppgi måned:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du opplevd uventet underlivsblødning(er) <u>i løpet av 2021</u>?»

Velg ... 

Var blødningen/blødningene kraftige?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du opplevd uventet underlivsblødning(er) <u>i løpet av 2021</u>?»

Nei


Ja

 Sideskift

Side 15

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Oppsto endringene etter koronavaksinasjon?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du opplevd uventet underlivsblødning(er) <u>i løpet av 2021</u>?»

Svar «Ja» dersom dette oppstod etter du fikk koronavaksinen, uansett hvor lang tid det har gått siden du ble vaksinert.

Nei


Ja

Hvor lenge varte blødningen(e) siste gang du opplevde uventet blødning/blødninger?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Oppsto endringene etter koronavaksinasjon?»


Velg ... 

Hvor mange blødningsepisoder fra underlivet har du hatt i løpet av 2021?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Nei» er valgt i spørsmålet «Oppsto endringene etter koronavaksinasjon?»


- Bare én blødningsepisode
- 2-5 blødningsepisoder
- 6-10 blødningsepisoder
- Flere enn 10 blødningsepisoder

Kryss av for når endringene oppsto:


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Oppsto endringene etter koronavaksinasjon?»

- Etter første dose
- Etter andre dose
- Etter tredje dose

Første dose: Hvor raskt etter vaksinasjonen oppstod endringene?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter første dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

Velg ... 


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter første dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

- Vet ikke / husker ikke

Første dose: Hvor lenge varte blødning(en) siste gang du opplevde uventet blødning/blødninger?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter første dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

Velg ... 


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter første dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

- Vet ikke / husker ikke

Andre dose: Hvor raskt etter vaksinasjonen oppstod endringene?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter andre dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»


Velg ... 


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter andre dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

Vet ikke / husker ikke

Andre dose: Hvor lenge varte blødning(en) siste gang du opplevde uventet blødning/blødninger?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter andre dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

Velg ... 


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter andre dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

Vet ikke / husker ikke

Tredje dose: Hvor raskt etter vaksinasjonen oppstod endringene?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter tredje dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

Velg ... 


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter tredje dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

Vet ikke / husker ikke

Tredje dose: Hvor lenge varte blødning(en) siste gang du opplevde uventet blødning/blødninger?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter tredje dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

Velg ... 

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Etter tredje dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

Vet ikke / husker ikke

Hvor mange blødningsepisoder fra underlivet har du hatt etter koronavaksinasjon?

 Dette elementet vises kun dersom minst ett av alternativene «Etter tredje dose», «Etter første dose» eller «Etter andre dose» er valgt i spørsmålet «Kryss av for når endringene oppsto:»

Bare én blødningsepisode

2-5 blødningsepisoder

6-10 blødningsepisoder


Flere enn 10 blødningsepisoder

 Sideskift

Side 16

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Opplever du uventet underlivsblødning og/eller menstruasjonsforstyrrelse fortsatt?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du opplevd uventet underlivsblødning(er) i løpet av 2021?»

Nei

Ja

Vet ikke / usikker

 Sideskift

Side 17

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Oppgi ca. dato for første dag i siste menstruasjon:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» eller «Ja vanligvis, men er gravid nå» er valgt i spørsmålet «Menstruerer du vanligvis?»


DD.MM.YYYY 

Hvis du ikke husker datoen, kan du oppgi måned:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» eller «Ja vanligvis, men er gravid nå» er valgt i spørsmålet «Menstruerer du vanligvis?»

Velg ... 

Opplevde du din siste menstruasjon som «vanlig»?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» eller «Ja vanligvis, men er gravid nå» er valgt i spørsmålet «Menstruerer du vanligvis?»


Nei

Ja

Vet ikke / usikker

Ikke aktuelt

Har du fått koronavaksine?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» eller «Ja vanligvis, men er gravid nå» er valgt i spørsmålet «Menstruerer du vanligvis?»

Nei

Ja, har fått én dose

Ja, har fått to doser

Ja, har fått tre doser eller flere

Vet ikke

 Sideskift

Side 18

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Vet ikke» eller «Nei» er valgt i spørsmålet «Har du fått koronavaksine?»

Opplevde du noe av det følgende ved din siste menstruasjon?


	Nei	Ja	Vet ikke
Uvanlig kraftig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kortvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kort intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langt intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uventet mellombldning(er)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kraftige smerter ved menstruasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensliknende smerter uten blødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre symptomer fra underlivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, har fått to doser», «Ja, har fått tre doser eller flere» eller «Ja, har fått én dose» er valgt i spørsmålet «Har du fått koronavaksine?»

Opplevde du noe av det følgende ved din siste menstruasjon før første vaksinedose?

	Nei	Ja	Vet ikke
Uvanlig kraftig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kortvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kort intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langt intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uventet mellombldning(er)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kraftige smerter ved menstruasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensliknende smerter uten blødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre symptomer fra underlivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Sideskift

Side 19

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, har fått to doser», «Ja, har fått tre doser eller flere» eller «Ja, har fått én dose» er valgt i spørsmålet «Har du fått koronavaksine?»

Opplevde du noe av det følgende ved din første menstruasjon etter første vaksinedose?

Hvis du ikke har hatt en menstruasjon etter vaksinasjon, svar «Vet ikke»

	Nei	Ja	Vet ikke
Uvanlig kraftig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kortvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kort intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langt intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uventet mellomblødning(er)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kraftige smerter ved menstruasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensliknende smerter uten blødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre symptomer fra underlivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Sideskift

Side 20

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, har fått to doser» eller «Ja, har fått tre doser eller flere» er valgt i spørsmålet «Har du fått koronavaksine?»

Opplevde du noe av det følgende ved din siste menstruasjon før andre vaksinedose?

	Nei	Ja	Vet ikke
Uvanlig kraftig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kortvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kort intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langt intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uventet mellombldning(er)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kraftige smerter ved menstruasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensliknende smerter uten blødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre symptomer fra underlivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Sideskift

Side 21

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, har fått to doser» eller «Ja, har fått tre doser eller flere» er valgt i spørsmålet «Har du fått koronavaksine?»

Opplevde du noe av det følgende ved din første menstruasjon etter andre vaksinedose?

Hvis du ikke har hatt en menstruasjon etter vaksinasjon, svar «Vet ikke»

	Nei	Ja	Vet ikke
Uvanlig kraftig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kortvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kort intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langt intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uventet mellombldning(er)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kraftige smerter ved menstruasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensliknende smerter uten blødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre symptomer fra underlivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Sideskift

Side 22

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, har fått tre doser eller flere» er valgt i spørsmålet «Har du fått koronavaksine?»


Opplevde du noe av det følgende ved din siste menstruasjon før tredje vaksinedose?

	Nei	Ja	Vet ikke
Uvanlig kraftig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kortvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kort intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langt intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uventet mellombldning(er)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kraftige smerter ved menstruasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensliknende smerter uten blødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre symptomer fra underlivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Sideskift

Side 23

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, har fått tre doser eller flere» er valgt i spørsmålet «Har du fått koronavaksine?»

Opplevde du noe av det følgende ved din første menstruasjon etter tredje vaksinedose?

Hvis du ikke har hatt en menstruasjon etter vaksinasjon, svar «Vet ikke»


	Nei	Ja	Vet ikke
Uvanlig kraftig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kortvarig menstruasjonsblødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kort intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig langt intervall mellom to eller flere menstruasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uventet mellombldning(er)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uvanlig kraftige smerter ved menstruasjon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mensliknende smerter uten blødning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre symptomer fra underlivet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Sideskift

Side 24

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Annet/kommentarer:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Har du livmor?»

Takk for at du fyller ut og sender inn skjemaet!

[Se nylige endringer i Nettskjema](#)