

## Egenerklæringsskjema som fylles ut før deltakelse i forskningsprosjekt

Studie-ID:

### Opplysninger til prosjekt

Alder: \_\_\_\_\_

Har du følgende:	JA	NEI
Ustabil kardiovaskulær sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt behandlet for kreft <5år?:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk begrensende muskel-skjelettsykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du eller har du hatt astma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alvorlig (behandlingskrevende) psykisk sykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du blitt anbefalt av lege å unngå fysisk anstrengelse? ☐ ☐

Tar du noen medisiner som kan påvirke fysisk prestasjon (eks. hormoner eller steroider)? ☐ ☐

Hvis ja, hvilke?: \_\_\_\_\_

Tar du blodfortynnende medisin? ☐ ☐

Hvis ja, hvilke?: \_\_\_\_\_

Er du blodgiver? ☐ ☐

Hvis ja, når ga du sist blod? \_\_\_\_\_

Andre sykdommer eller informasjon, som kan være relevant for prosjektet?

---

---

---

## Egenerklæringsskjema som fylles ut før deltakelse i forskningsprosjekt

### Opplysninger før testing på Fysiologisk Testlaboratorium på HINN

	JA	NEI
Har du fått målt forhøyet blodtrykk noen gang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja - hvor høyt var det? _____		
Bruker du noen medisiner daglig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja: hvilke?: _____		
Får du smerter i brystet ved fysisk aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du kortpustet i hvile ved lett aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du de siste måneder hatt bryst smerter i hvile?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plages du av svimmelhet eller balanseproblemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplever du deg som uvanlig slapp eller kortpusten ved daglig aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hevelse rundt anklene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du en kjent bilyd over hjertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du pusteproblemer om natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du plager fra armer, ben eller ledd som blir verre under fysisk aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du andre plager som hindrer deg i å være fysisk aktiv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Egenerklæringsskjema som fylles ut før deltakelse i forskningsprosjekt**

---

### **EGENERKLÆRING**

Jeg, ..... er klar over at jeg gjennomfører maksimalt belastende styrke og utholdenhetstester på Høgskolen og har gitt alt av relevant informasjon som kan argumentere imot å gjennomføre dette.

Sted og dato: \_\_\_\_\_ Underskrift \_\_\_\_\_