

den norske *Mor & barn undersøkelsen*

+

Spørreskjema 4 - Når barnet er ca. 6 måneder gammel

Dette spørreskjemaet er to-delt. Den første delen dreier seg om barnet, den andre delen handler om deg selv. Det ville være en fordel om du finner frem barnets helsekort før du begynner, slik at du kan benytte opplysningene som står der under utfyllingen av spørreskjemaet. Hvis du synes at et spørsmål er vanskelig å svare på, kan du hoppe over det og gå videre til neste spørsmål.

Hvis du fikk tvillinger eller trillinger vennligst fyll ut et spørreskjema for hvert barn.

Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du *et kryss* for det svaret som du mener passer best, slik:
- Skriver du feil, kan du bare ta bort krysset ved å fylle boksen helt, slik:
- I de store, grønne boksene skriver du *tall*.

Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet

Tall:

- I tallbokser med flere ruter skriver du et ett-sifret tall i den høyre ruten.
- Datobokser er delt opp i tre deler, den første for dag i måned, den neste for månedstallet og den siste for årstallet slik at datoen skal skrives slik:
dag måned år
- Spesielle opplysninger som *f.eks. medikamenter* skriver du fritt på de åpne linjene. *Vennligst skriv tydelig!*

Så snart du har fylt ut skjemaet, sender du det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.

**Dette skjemaet skal ikke brukes til utfylling.
Ta kontakt med oss på morbarn@fhi.no eller
tlf 53 20 40 40 hvis du trenger skjema.**

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2002)

Om fødselen

+

1. Er barnet en gutt eller jente?

- Gutt
 Jente

2. Hvor stort var barnet ved fødselen?

Fødselsvekt: g

Lengde: cm

3. I hvilken svangerskapsuke fødte du?

uke

+

4. Hvor lenge lå barnet på sykehus etter fødselen?

Antall dager eller uker

5. Ble barnet overflyttet til en annen avdeling eller sykehus etter fødselen?

- Nei
 Ja

Hvis ja, hvilken? _____

6. Ble barnet forløst ved keisersnitt?

- Nei
 Ja

+

7. Hvis ja, var keisersnittet planlagt?

- Nei
 Ja

+

Hvis ja, hvorfor?

- Seteleie
 Tidligere keisersnitt
 Svangerskapskomplikasjon eller sykdom hos mor
 Dårlig tilvekst eller annen tilstand hos fosteret
 Eget ønske
 Annet

8. Oppsto det komplikasjoner under fødselen?

- Nei
 Ja

Hvis ja, beskriv: _____

9. Ble du innlagt eller overflyttet til annen avdeling eller annet sykehus på grunn av komplikasjoner i forbindelse med fødselen? (Gjelder både før og etter fødselen.)

- Nei
 Ja

10. Hvis ja, hvor?

Avdeling: _____

Sykehus: _____

11. Hvor lenge var du selv innlagt på sykehuset i forbindelse med fødselen?Før fødselen Antall dagerEtter fødselen Antall dager**12. Ble fødselen slik du hadde forventet?**

- Ja, som forventet
 Nei, den gikk lettere
 Både og ...
 Nei, den ble verre
 Vet ikke

+

13. Hvordan passer følgende beskrivelser av fødselen for deg? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Passer bra	Passer delvis	Passer ikke
Jeg følte meg trygg og i gode hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg hadde store smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fikk for lite smertestillende medisiner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Var noen av dine nærmeste tilstede under fødselen?

- Ja, barnets far
 Ja, andre
 Nei

+

Om barnet

Ernæring

15. Hva fikk barnet å drikke første leveuke?

(Sett eventuelt flere kryss.)

- Brystmelk
 Vann
 Sukkervann
 Morsmelkerstatning
 Annet, beskriv: _____
 Vet ikke/husker ikke

+

16. Hva slags drikke har barnet fått de første 6 levemånedene?

(Sett et kryss for hver måned barnet har fått den aktuelle drikke.)

	Barnets alder i måneder						
	0	1	2	3	4	5	6
Brystmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collett vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collett med Omega 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAN vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nan HA1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen melk, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft / Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hvor ofte får barnet følgende drikke nå for tiden?

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Aldri/sjelden	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	Minst 1 gang daglig
1. Brystmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Morsmelktillegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vanlig søt melk, alle typer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Surmelk (yoghurt, kulturmelk osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Økologiske melkeprodukter (melk, yoghurt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kokt vann	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forts.

	+	Aldri/ sjelden	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	Minst 1 gang daglig
7. Vann fra springen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vann kjøpt på flaske		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Barnesaft kjøpt på flaske		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annen saft, sukret		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Saft, kunstig søtet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Juice		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Annet, beskriv:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

18. Hvor ofte spiser barnet følgende mat nå for tiden, og hvor gammelt var barnet da dere startet med denne maten?

+	Hvor ofte får barnet dette?				Hvor gammelt var barnet da hun/han fikk denne maten første gang?
	Aldri/ sjelden	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	Minst 1 gang daglig	
Industrifremstilt grøt (grøtpulver):					
1. Risgrøt, maisgrøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
2. Havregrøt, ulike typer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
3. Hvetegrøt, alle typer, kavringgrøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
Hjemmelaget grøt av:					
4. Hvetemel (grov/fint) kavring, semule, havre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
5. Jernberiket hvetemel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
6. Helios barnemel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
7. Hirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
Industrifremstilt middag på glass:					
8. Grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
9. Grønnsaker og kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
Hjemmelaget middag:					
10. Potet/grønnsakmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
11. Kjøtt og grønnsaker/potet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
12. Fisk og grønnsaker/potet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
13. Annen hjemmelaget middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
Mellommåltid/dessert:					
14. Hjemmelaget fruktmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
15. Frukt/bærmos kjøpt på glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
16. Kavring/kjeks/brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder
17. Annet, beskriv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> måneder

+

+

19. Tror du, eller vet du, at barnet reagerer på melk/melkeprodukter?

- Nei
 Ja

+

20. Hvis ja, hvilke produkter?

- Helmelk
 Lettmelk/skummet melk
 Fløte/krem/iskrem
 Yoghurt/surmelk
 Morsmelk når mor drikker melk
 Annet

21. Får barnet tran, vitaminer, jern eller annet kosttilskudd?

- Nei Ja

+

22. Hvis barnet får tran, vitaminer, jern eller annet kosttilskudd, angi hvor mye barnet får pr. gang og hvor ofte. Hvor gammelt var barnet i måneder og uker da hun/han fikk preparatet for første gang?

Navn på preparat	Hvor mange teskjeer pr. gang?	Hvor ofte får barnet dette?	Hvor gammelt var barnet da dere startet med preparatet?
1. Tran	<input type="text"/> teskjeer	<input type="checkbox"/> daglig ... <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder og <input type="text"/> uker
2. Biovit	<input type="text"/> teskjeer	<input type="checkbox"/> daglig ... <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder og <input type="text"/> uker
3. Sanasol	<input type="text"/> teskjeer	<input type="checkbox"/> daglig ... <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder og <input type="text"/> uker
4. Nycoplus Multi Vitaminmikstur for barn ..	<input type="text"/> teskjeer	<input type="checkbox"/> daglig ... <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder og <input type="text"/> uker
5. Fluor		<input type="checkbox"/> daglig ... <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder og <input type="text"/> uker
6. Jerntilskudd, hvilket:		<input type="checkbox"/> daglig ... <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder og <input type="text"/> uker
7. Annet kosttilskudd, hvilket:		<input type="checkbox"/> daglig ... <input type="checkbox"/> av og til	<input type="text"/> måneder og <input type="text"/> uker

Vekst, helse og medisinbruk

Du finner opplysning for å kunne svare på de neste spørsmålene i barnets helsekort.

23. Hvor mange ganger har du/dere vært på helsestasjonen med barnet?

- Ingen ganger
 1-2 ganger
 3-5 ganger
 6-10 ganger
 mer enn 10 ganger

24. Har barnet fått de vaksinene som helsestasjonen anbefaler?

- Ja
 Nei, ønsker ikke vaksine
 Nei, barnet har vært mye syk
 Nei, vaksine utsatt av praktiske grunner
 Vet ikke

+

25. Ta utgangspunkt i barnets helsekort og kryss av for hvilke vaksiner barnet har fått og om det har vært noen bivirkning av vaksinene. (Kryss av for hver linje.)

Vaksiner	Har barnet fått vaksinen?		Har det vært bivirkning etter vaksinen?		Har det vært bivirkning som medførte kontakt med lege?		Har det vært bivirkning som medførte sykehusinnleggelse?	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
1. DTP (Infanrix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. DT (Difteri / tetanus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Polio – Hib (Act-Hib polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hepatitt B (Engerix-B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. BCG (Tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pneumokokk (Prevenar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annen vaksine: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

26. Ta utgangspunkt i barnets helsekort og fyll inn i skjemaet nedenfor barnets vekt, lengde og hodeomkrets når barnet var omtrent 6 uker, 3 måneder og 6 måneder:

+	Dato for undersøkelse			Lengde	Hodeomkrets	Vekt
	dag	måned	år			
Ca. 6 uker	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> g
Ca. 3 måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> g
5 - 6 måneder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> g

Nå følger spørsmål om sykdom og helseproblemer hos barnet. Først spør vi om mer langvarige plager, og deretter om sykdommer og plager av mer forbigående type.

27. Har eller har barnet hatt noen av følgende helseproblemer. Hvis ja, har helsestasjonen eller andre henvist barnet til videre spesialistundersøkelse? (Kryss av for hver linje.)

+	Har barnet (hatt) problemer?		Er barnet henvist til spesialistundersøkelse?		
	Nei	Ja	Nei	Ja, henvist fra helsestasjon	Ja, henvist fra andre
1. Hoftelidelse/hofteluksasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nedsatt hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nedsatt syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Forsinket motorisk utvikling (bevegelsesutvikling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. For liten vektøkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. For stor vektøkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avvikende hodeomkrets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hjertefeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Testiklene ikke kommet ned i pungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> +
11. Atopisk (barne)eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Elveblest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Matallergi/intoleranse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Psykomotorisk forsinkelse (forsinkelse av flere funksjoner) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. (Annen) misdannelse: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Annet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Hvis barnet var henvist til spesialistundersøkelse, hva viste denne undersøkelsen?

- Alt var i orden +
- Fortsatt tvil/utredes videre
- Vet ikke
- Fått følgende diagnose: _____
- _____
- _____

29. Er det mistanke om at barnet ditt har et syndrom eller kromosomfeil?

- Nei
- Ja, et syndrom
- Ja, en kromosomfeil
- Hvis ja, skriv navn eller beskriv problemet: _____
- _____
- _____

30. Har barnet vært behandlet for hoftelidelse (hoftelddsdysplasi)?

- Nei
- Ja, behandlet med gips +
- Ja, behandlet med pute
- Ja, behandlet ned skinner
- Hvis ja, hvor lenge pågikk behandling måneder

31. Har barnet hatt følgende sykdom/helseproblem? Hvis ja, oppsøkte dere lege eller sykehus for det? (Kryss av for hver linje.)

+	+	Har barnet hatt helseproblemer?		Antall ganger	Oppsøkte dere lege/poliklinikk for dette?		Har barnet vært innlagt på sykehus for dette?	
		Nei	Ja		Nei	Ja	Nei	Ja
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Har barnet noen gang fått medisiner?
 Nei

 Ja

+

33. Hvis ja, oppgi navn på medisinen(e) og når de(n) ble brukt. (Ta med alle typer medisiner også naturmedisiner, både faste og ikke-faste.)
Navn på medisinen
 (f.eks. Apocilin, Paracet)

+

 Hvor gammelt var barnet ved
 medisinbruk?

	<1 måned	1-2 måneder	3-4 måneder	5-6 måneder	Antall dager brukt tilsammen
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

34. Har barnet vært undersøkt eller innlagt på sykehus (etter at dere kom hjem fra sykehuset etter fødselen)?

- Nei
- Ja, hvilket sykehus: _____

35. Har barnet blitt operert eller har en tilstand som skal opereres?

- Nei
- Ja, hvilken: _____

Utvikling, barnepass og livsstil

36. Her følger noen spørsmål om barnets utvikling. Hvis du ikke har lagt merke til det, bruk litt tid til å se hva barnet faktisk gjør. (Sett et kryss for hvert spørsmål.)

	+	Ja ofte	Ja, men sjelden	Nei, ikke ennå	Vet ikke
1. Når barnet ligger på ryggen, leker hun/han ved å gripe rundt føttene sine?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Når barnet ligger på magen, løfter hun/han overkroppen fra underlaget med strake armer? .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ruller barnet seg over fra rygg til mage?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Når du "prater" med barnet ditt, prøver hun/han å "prate" tilbake til deg?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Babler barnet og lager lyder når hun/han ligger for seg selv?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kan du høre hvordan barnet har det bare ved å høre på lydene hun/han lager (f.eks. fornøyd, sulten, sint, har smerte)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Får du et smil fra barnet ditt bare ved at du smiler mot henne/han (uten å røre eller kile barnet og uten at du holder fram en leke)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Når du roper på barnet ditt, snur hun/han seg mot deg en av de første gangene du sier navnet?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Griper barnet ditt en leke du gir henne/han for så å putte den i munnen, eller holde den? . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Når barnet sitter på fanget ditt, strekker hun/han seg etter en leke eller annet som ligger på bordet foran dere?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Holder barnet ditt i en leke med begge hendene når hun/han undersøker den?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

37. Hvor passes barnet på dagtid?

- Hjemme med mor/far/annet familiemedlem
- Hjemme med dagmamma, praktikant
- Hos dagmamma
- Familiebarnehage
- Barnehage

38. Hvor mange barn er barnet ditt vanligvis sammen med på dagtid?

barn

+

39. Deltar barnet i babysvømming?

- Nei
- Ja

Hvis ja, oppgi antall ganger de siste 2 måneder

40. Hvor mye er barnet utendørs? (Sett kun ett kryss.)

- Sjelden
- Ofte, men mindre enn 1 time daglig
- 1–3 timer daglig
- Mer enn 3 timer daglig

41. Bruker barnet narresmokk?

- Sjelden eller aldri
- Bare når hun/han skal sove
- Ofte
- Mesteparten av tiden

42. Hvor mange timer sover barnet til sammen pr. døgn?

- Mindre enn 8 timer
- 8 - 10 timer
- 11 - 12 timer
- 13 - 14 timer
- Mer enn 14 timer

+

43. Hvordan er barnet blitt lagt når det skulle sove?

(Sett ett kryss for hver linje.)

	På rygg	På siden	På magen
Rett etter fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 2 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 4 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 6 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Sover barnet (minst halve natten) i samme seng som mor/far?

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Nei	Av og til	Ofte
Rett etter fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 2 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 4 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved 6 måneders alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Kryss av om du er enig eller uenig i følgende påstander om barnets humør og temperament. Tenk på hvordan dere vanligvis har det. (Sett ett kryss for hver linje.)

		Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
1. Barnet sutrer og gråter mye	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnet er vanligvis lett å roe når hun/han gråter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Det skal lite til før barnet blir oppskaket og begynner å gråte . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Når barnet gråter, skriker hun/han vanligvis hissig og kraftig . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hun/han er grei og lett å ha med å gjøre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barnet krever svært mye oppmerksomhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Når barnet overlates til seg selv, leker hun/han vanligvis fint med seg selv		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Barnet er såpass krevende at det ville representere et betydelig problem for de fleste foreldre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Barnet smiler og ler ofte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Barnet er lett å legge og sovner fort		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Hvor ofte hender det at barnet våkner om natten nå for tiden? (Sett kun ett kryss.)

- 3 eller flere ganger hver natt
 1-2 ganger hver natt
 Noen ganger i uken
 Sjelden eller aldri

+

+

Kommentarer

+

+

Om deg selv

+

Siste gang du fylte ut spørreskjema var ved ca. 30. svangerskapsuke. Spørsmålene vi stiller nå handler for det meste om tiden etter dette og frem til barnet ditt var 6 måneder.

Helse og medisinbruk

47. Oppsøkte du lege/jordmor/helsesøster for egne helseproblemer den første måneden etter fødselen?

- Nei Ja, ganger +

48. Hvis ja, hva var årsaken?

- Sår/sting nedentil
 Keisersnittsår
 Brystbetennelse
 Såre brystvorter
 Ammeproblemer
 Annet, beskriv: _____

49. Når du tenker tilbake på tiden etter fødselen, følte du deg deprimert i den tiden?

- Nei Ja, hvor lenge: uker +

50. Utenom opphold i forbindelse med fødselen, har du vært innlagt på sykehus etter at du fylte ut forrige spørreskjema?

- Nei
 Ja, hvilket sykehus: _____

51. Har du en kronisk/langvarig sykdom som oppstod etter at du besvarte forrige spørreskjema?

- Nei
 Ja, hvilken: _____

52. Alt i alt, hvordan vil du nå for tiden karakterisere din fysiske helse?

- Meget god
 God
 Dårlig
 Svært dårlig +

53. Har du hatt noen av følgende plager/sykdommer siden du besvarte forrige spørreskjema? Hvis ja, bruker du eller har du brukt medisiner mot disse plagene? (Dette gjelder alle typer medikamenter også naturmedisiner, både faste og ikke-faste). (Kryss av for hver linje.)

Sykdom / plage	Har du vært plaget?			Hvis du har brukt medisiner				Antall dager brukt tilsammen
	Nei	Ja, siste del av svangerskapet	Ja, etter fødselen	Navn på medisiner du brukte	Siste del av svangerskapet	Etter fødselen		
						0-3 mndr.	4-6 mndr.	
1. Sukker i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="2"/>
2. Eggehvite (protein) i urin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="2"/>
3. Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="2"/>
4. Hevelse i kroppen (ødem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="2"/>
5. Blærekatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="2"/>
6. Treg mage/forstoppelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="2"/>
7. Diaré/oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="2"/>
8. Halsbrann/sure oppstøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="2"/>
9. Forkjølelse/influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="2"/>
10. Hals-/bihule-/ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="2"/>

+

forts. neste side

+

Sykdom / plage	Har du vært plaget?			Navn på medisiner du brukte	Siste del av svangerskapet	Etter fødselen		Antall dager brukt tilsammen
	Nei	Ja, siste del av svangerskapet	Ja, etter fødselen			0-3 mndr.	4-6 mndr.	
11. Lungebetennelse/bronkitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
12. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
13. Høysnue/annen allergi .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
14. Hodepine/andre smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
15. Skjedekatarr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
16. Psykiske vansker.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
17. Brystbetennelse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
18. Feber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
19. Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

54. Har du brukt andre medisiner enn nevnt i spørsmål 52? (For eksempel sovemidler, beroligende midler eller smertestillende midler.)

Nei Ja

+

55. Hvis ja, oppgi navn på medisinen(e) og når du har tatt dem. (Ta med alle typer medisiner også naturmedisiner, både faste og ikke-faste.)

Navn på medisinen (f.eks. Valium, Rohypnol, Paracet)	Siste del av svangerskapet	0-3 måneder etter fødselen		4-6 måneder etter fødselen			
		Brukt medisin	Antall dager	Brukt medisin	Antall dager	Brukt medisin	Antall dager
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

56. Bruker du, eller har du brukt, tran, vitaminer eller annet kosttilskudd siden forrige spørreskjema?

Nei Ja

+

57. Hvis ja, hvilket preparat, når brukte du det og hvor ofte? (En linje for hvert preparat.)

Navn på preparatet	Siste del av svangerskapet	Når brukte du preparatet			Hvor ofte?	
		0-3 måneder etter fødselen	4-6 måneder etter fødselen	Brukt daglig	Brukt av og til	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

58. Har du hatt smerter i ryggen eller bekkenet etter at du fylte ut forrige spørreskjema?

- Nei
 Ja

+

+

59. Hvis ja, sett kryss for hvor du var plaget, når du var plaget og hvor mye.

Hvor satt smertene?	Siste del av svangerskapet		0-3 måneder etter fødselen		4-6 måneder etter fødselen	
	En del plaget	Sterkt plaget	En del plaget	Sterkt plaget	En del plaget	Sterkt plaget
I korsryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over det ene bekkenleddet bak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over begge bekkenleddene bak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over halebeinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I seteballene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foran i bekkenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I lysken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ryggmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Våkner du om natten på grunn av bekkenmerter nå for tiden?

- Nei, aldri
 Ja, en sjelden gang
 Ja, ofte

61. Har du så store vansker med å gå på grunn av bekkenmerter at du må bruke stikk eller krykker nå for tiden?

- Nei, aldri
 Ja, men ikke hver dag
 Ja, hver dag

62. Har du noen gang fått behandling for bekkenmerter?

- Nei
 Ja

63. Hvis ja, kryss av for hvilken type behandling og når det var.

	Før dette svangerskapet	I dette svangerskapet	Etter denne fødselen
Fysioterapi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiropraktikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Hvor lang tid tok det før du gjenoptok det seksuelle samlivet etter fødselen?

uker

- Har ikke hatt samleie

65. Hadde du urinlekkasje siste måned før fødselen?

- Ja
 Nei

66. Hadde du urinlekkasje første måned etter fødselen?

- Ja
 Nei

67. Hadde du urinlekkasje ca. 3 måneder etter fødselen?

- Ja
 Nei

+

68. Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter eller tunge løft nå for tiden?

- Ja
 Nei

69. Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatingstrang nå for tiden?

- Ja
 Nei

+

70. Hvor ofte har du urinlekkasje nå for tiden?

- Aldri
 Sjeldnere enn en gang pr. måned.
 En eller flere ganger pr. måned
 En eller flere ganger pr. uke
 Hver dag og/eller hver natt

71. Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang nå for tiden?

- Lekker aldri
 Dråper eller lite
 Små skvetter
 Større mengder

72. Hvor mange ganger var du til ultralydundersøkelse i svangerskapet?

ganger

73. Var alt i orden ved ultralydundersøkelse(e)?

- Ja
 Nei

+

74. Hvis nei, hva var problemet?

- Barnet vokste for lite
 Mistanke om misdannelse, beskriv:

- Annet, beskriv: _____

75. Hvor mye veide du ved slutten av svangerskapet og hvor mye veier du nå?

Ved slutten av svangerskapet kg

Nå kg +

76. Var du helt eller delvis sykemeldt etter svangerskapsuke 30? (Regn ikke med fødselspermisjon)

- Nei
- Ja, delvis sykemeldt
- Ja, helt sykemeldt +

77. Hvis du har vært sykemeldt etter svangerskapsuke 30, fyll ut i tabellen nedenfor med en linje for hver sykemelding. Angi årsaken og kryss av i hvilke svangerskapsuker du var sykemeldt. Oppgi hvor mange dager og hvor mange prosent du var sykemeldt hver gang.

Årsak til sykemelding:	Var sykemeldt i svangerskapsuker			Antall dager	% sykemeldt
	30-33	34-37	38+		
<i>Eksempel: bekkenløsning</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="50"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Økonomi - livsstil

78. Er økonomien slik at du/dere vil ha mulighet til å klare en uforutsett regning på kr. 10.000,- til f. eks. tannlege eller en reparasjon?

- Nei
- Ja
- Vet ikke +

79. Har det i løpet av de siste 6 måneder hendt at du/dere har hatt vansker med å klare løpende utgifter til mat, transport, husleie og lignende?

- Nei, aldri
- Ja, en sjelden gang
- Ja, av og til
- Ja, ofte

80. Er det dyr i barnets hjem?

- Nei
- Ja +

81. Hvis ja, hvilke(t) dyr? (Sett eventuelt flere kryss.)

- Hund
- Katt
- Marsvin, kanin, mus, rotte eller lign.
- Undulat, annen fugl
- Annet dyr: _____

82. Har dere oppvarming med elektriske varmekabler i gulvet i rom hvor barnet oppholder seg? (Ta ikke med vannbåren varme)

- Nei
- Ja

83. Hvis ja, i hvilke rom? (Sett eventuelt flere kryss.)

- Stue
- Kjøkken
- Barnerom
- Soverom
- Gang
- Bad
- Andre rom +

84. Hvor ofte gjør du øvelser for disse muskelgruppene hjemme eller på trening nå for tiden? (Kryss av for hver linje.)

	Aldri	1-3 ganger pr. måned	1 gang pr. uke	2 ganger pr. uke	3 ganger eller mer pr. uke
Magemuskler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggmuskler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekkenbunnsuskler (muskler rundt skjede, urinrør, endetarm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Hvor ofte er du fysisk aktiv nå for tiden? (Kryss av for hver linje.)

	+				
	Aldri	1-3 ganger pr. måned	1 gang pr. uke	2 ganger pr. uke	3 ganger eller mer pr. uke
1 Rolig gange/spasertur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Rask gange/turgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Løping/jogging/orientering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Sykling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Helsestudio/styrketrening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Spesiell gymnastikk/aerobics for gravide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Aerobics/gymnastikk/dans uten løp og hopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Aerobics/gymnastikk/dans med løp og hopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Dansing (swing, rock, folkedans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Skigåing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Ballspill/nettballspill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Svømming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Riding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Hvor ofte er du så fysisk aktiv (i fritid eller på arbeid) nå for tiden at du blir anpusten eller svett?

	I fritiden	På arbeid	
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mindre enn en gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
1 gang pr uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-4 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 ganger pr. uke eller mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

87. Hvordan har dine og samboer/ektefelles røykevaner vært de siste 3 måneder i svangerskapet og i tiden etter fødselen?
 (Sett kryss for hver periode.)

	Deg selv			Din samboer/ektefelle		
	Siste 3 mndr. i svangerskapet	0-3 mndr. etter fødselen	4-6 mndr. etter fødselen	Siste 3 mndr. i svangerskapet	0-3 mndr. etter fødselen	4-6 mndr. etter fødselen
Røykte ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røykte av og til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røykte daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis daglig, antall sigaretter pr. dag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hvis av og til, antall sigaretter pr. uke	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

88. Oppholder barnet seg i rom hvor noen røyker?

- Nei
 Ja, av og til
 Ja flere ganger i uken
 Ja, daglig

Hvis ja, antall timer pr. dag

+

89. Har du brukt noen av følgende rusmidler i de siste 3 måneder av svangerskapet og etter fødselen?
 (Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja, siste 3 måneder i svangerskapet	Ja, etter fødselen
Hasj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre, beskriv:			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

90. Har du brukt noen av følgende stoffer i de siste 3 måneder av svangerskapet og etter fødselen? (Kryss av for hver linje.)

	+	Nei	Ja, siste 3 måneder i svangerskapet	Ja, etter fødselen	
Anabole steroider		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
Testosteronpreparater		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veksthormon (eks. Genotropin/Somatropin)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

91. Hvor ofte drakk du alkohol i de siste 3 månedene av svangerskapet og hvor ofte drikker du nå? (Kryss av for hver periode.)

	Siste 3 måneder av svangerskapet	Etter fødselen	
		0-3 måneder	4-6 måneder
Omtrent 6-7 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 4-5 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 2-3 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkoholenheter

For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5 cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 alkoholenhet
1 vinglass rødvin eller hvitvin	= 1 alkoholenhet
1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 alkoholenhet
1 dramme glass brennevin eller likør	= 1 alkoholenhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 alkoholenhet

+

92. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol (fyll ut både for de siste 3 månedene av svangerskapet og etterpå)? (Se forklaring ovenfor om alkoholenheter.) (Kryss av for hver periode.)

Antall alkoholenheter	Siste 3 måneder av svangerskapet	Etter fødselen	
		0-3 måneder	4-6 måneder
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

93. Har du samboer/ektefelle/partner?

- Ja
 Nei

+

+

94. Hvis ja, hvor enig er du i disse beskrivelsene? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vært heldig med valg av partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

95. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Sjelden/aldri	Nokså sjelden	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
Føler deg glad for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg lykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg oppstemt, som om alt legger seg til rette for deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg sint, irritert eller ergerlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg rasende på noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

96. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstandene.

(Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livsbetingelsene mine er svært gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde jeg kunnet leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

97. Har du opplevd noe av det følgende siden forrige spørreskjema? Hvis ja, hvor vondt eller vanskelig var dette for deg?

(Kryss av for hver linje.)

	Hvis ja				
	Nei	Ja	Ikke så ille	Vondt/vanskelig	Veldig vondt/vanskelig
Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble du skilt, separert eller avbrøt samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært alvorlig bekymret for om det er noe galt med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært utsatt for alvorlig ulykke, brann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du blitt presset til seksuelle handlinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

98. Har du i løpet av den siste uken hatt noen av disse følelsene? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Ja, nesten hele tiden	Ja, av og til	Ikke særlig ofte	Nei, aldri
Bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært nervøs eller bekymret uten grunn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært redd eller fått panikk uten grunn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg nedfor eller ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært så ulykkelig at du har grått.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

99. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en verdifull person, i alle fall på lik linje med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. Har du i løpet av de 2 siste ukene vært plaget med noe av det følgende? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

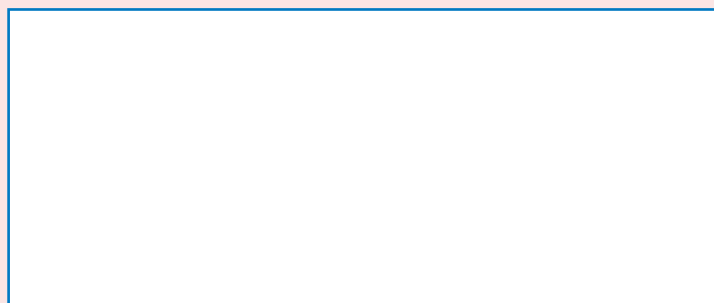
	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

Tusen takk for hjelpen!

Legg det utfylte skjemaet i den frankerte returkonvolutten.



+

+