



## 13. I hvilken etasje er barnets soverom?

(Skriv 0 for underetasje/kjeller)

etasje

## 14. Omtrent hvor mange timer sover barnet vanligvis per natt på hverdager?

- 8 timer eller mindre  
 9 timer  
 10 timer  
 11 timer  
 12 timer eller mer

+

## 15. Hvor ofte snorker barnet?

- Aldri  
 Mindre enn 1 natt i uken  
 Ca 1 natt i uken  
 Flere netter i uken  
 Nesten hver natt

## 16. Har det vært fuktskader, synlig sopp-/muggvekst eller mugglukt i barnets bolig i løpet av siste året?

- Nei  
 Ja, fuktskader i løpet av siste året  
 Ja, synlig sopp-/muggvekst i løpet av siste året  
 Ja, mugglukt i løpet av siste året

+

## 17. Røyker du nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigaretter?

Nei Ja, av og til  sigaretter per uke
Ja, daglig  sigaretter per dag

## 18. Røyker din samboer/ektefelle nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigaretter?

Nei Ja, av og til  sigaretter per uke
Ja, daglig  sigaretter per dag

## 19. Benyttet dere vedfyring (ovn eller peis) i barnets hjem i perioden før barnet fylte 3 år?

- Aldri  Sjelden  Av og til  Ofte

## 20. I løpet av det siste året benyttet dere noen gang åpen peis?

- Aldri  Sjelden  Av og til  Ofte

+

## 21. I løpet av det siste året, har vedfyring blitt brukt til oppvarming i boligen der barnet bor?

- Nei  Ja

Hvis ja, er vedfyring hovedkilden til oppvarming i denne boligen?

- Nei  Ja

Hvis ja, bruker dere en vedovn laget før 1997?

- Nei  Ja  Vet ikke

## 22. Omtrent hvor ofte brenner dere stearinlys i hjemmet i vinterhalvåret?

- Aldri/mindre enn 4 ganger i halvåret  
 Bare i desember (4 ganger eller mer)  
 1-3 ganger i måneden  
 1-3 ganger i uken  
 4-6 ganger i uken  
 Daglig/nesten daglig  
 Flere ganger om dagen de fleste dager

+

## 23. Er det kjæledyr i barnets hjem?

- Nei  Ja

Hvis ja, hvilke?

- Hund  Katt  Andre pelsdyr (marsvin, kanin o.l.)  
 Fugl  Annet

## 24. Er barnet i kontakt med gårdsdyr minst en gang i løpet av en uke?

- Nei  Ja

Hvis ja, hvilke?

- Hest  Gris  Sau/geit  
 Storfe  Høner/fjærkre  Annet

## Sykdom og helseplager hos barnet

## 25. Kryss av hvis barnet har, eller har hatt følgende sykdommer eller tilstander:

(Du kan sette flere kryss)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rheumatoid artritt/leddgikt | <input type="checkbox"/> Epilepsi                      | <input type="checkbox"/> Satt inn øredren                                  |
| <input type="checkbox"/> Kreft                       | <input type="checkbox"/> Psykisk utviklingshemmet      | <input type="checkbox"/> Andre tilstander, medfødt syndrom. Beskriv: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Autistiske trekk/autisme      | _____  |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Parese             | <input type="checkbox"/> Aspergers syndrom             |  |
| <input type="checkbox"/> ADHD                        | <input type="checkbox"/> Kronisk utmattelsessyndrom/ME |  |
| <input type="checkbox"/> Cøliaki                     | <input type="checkbox"/> Fjernet mandlene              |  |
| <input type="checkbox"/> Bruddskader                 |  |  |

+

**26. Har barnet eller har det noen gang hatt noen av følgende sykdommer eller helseproblemer? Oppgi barnets alder ved første tegn på sykdommen. Hvis barnet er kvitt sykdommen/helseplagen oppgi hvor gammelt barnet var da dette skjedde.**

(Oppgi alder i hele år, skriv 0 år hvis barnet var under ett år)

	Har eller har hatt		Bekreftet av lege	Helseplager startet ved	Symptomer siste året?	Barnet ble kvitt helseplagen ved
	Nei	Ja	Ja	Alder	Nei Ja	Alder
1 Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
2 Anemi (lav blodprosent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
3 Forsinket motorisk utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
4 Forsinket eller avvikende språkutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
5 Atferdsproblemer (vanskelig og uregjerlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
6 Emosjonelle vansker (trist og engstelig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
7 Overvekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
8 Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
9 Pollenallergi/høysnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
10 Allergi mot katt eller hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
11 Atopisk eksem/barneeksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
12 Allergi mot melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
13 Allergi mot egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
14 Allergi mot peanøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
15 Allergi mot andre nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
16 Allergi mot fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
17 Allergi mot skalldyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
18 Allergi mot frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
19 Allergi mot andre matvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år

↓  
Hvis ja, hvilke?

Hvete

Soya

Rug

Annet, hvilke(n): \_\_\_\_\_

**27. I løpet av det siste året, har barnet brukt medisin, spray, inhalator eller andre medikamenter for astma?**

Nei  Ja

Hvis ja, Navn på medisin som brukes fast \_\_\_\_\_

Navn på medisin som brukes ved anfall \_\_\_\_\_

+

Når brukte barnet astmamedisiner sist?  I går  Forrige uke  Forrige måned  Siste året





## Barnets tannhelse

33. Hvor gammelt var barnet da han/hun felte sin første melketann?

Alder:  år  Husker ikke  Har ikke felt ennå

34. Hvor ofte børstes barnets tenner av barnet selv eller andre?

To ganger per dag eller oftere  Av og til  
 En gang per dag  Aldri/sjelden

35. Er det påvist hull eller begynnende hull i barnets tenner?

Nei  Ja

36. Får barnet hjelp til å pusse tennene?

To ganger per dag eller oftere  Av og til  
 En gang per dag  Aldri/sjelden

37. Bruker barnet tanntråd (med hjelp)?

En gang per dag  Av og til  Aldri/sjelden

## Helseplager hos barnets mor

38. Har du eller har du noen gang hatt noen av følgende sykdommer eller helseplager?

	+	Ja	Bekreftet av lege Ja	Symptomer startet ved Alder	Symptomer siste året?		Brukt medisiner mot dette i løpet av de siste 12 mnd?	
					Nei	Ja	Ja	
1 Astma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Pollenallergi/høysnue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Tetthet/piping/hvesing i brystet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Har du eller har du noen gang hatt matvareallergi?

Nei  Ja  Vet ikke

40. Hvis ja, har du eller har du hatt allergi mot følgende matvarer?

	Ja	Alder når allergi startet		Spist dette siste året?		Fortsatt allergisk?	
		før 18 år	18 år og eldre	Nei	Ja	Nei	Ja
1. Allergi mot melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Allergi mot egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Allergi mot peanøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Allergi mot andre nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allergi mot skaldyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Allergi mot fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Allergi mot frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergi mot andre matvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, hvilke?

Hvete  Soya  Rug  Annet, hvilke(n): \_\_\_\_\_

Har du husket å fylle ut dato for utfylling av skjema på side 1?

Har du kommentarer til skjemaet, skriv de gjerne på et eget ark og send inn sammen med skjemaet.

Tusen takk for at dere fortsatt er med i Den norske mor og barn undersøkelsen!