

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.

Aidentifisert-ID *



Sideskift

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?

i 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:

i 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:

i 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

i 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 de siste 14 dagene?»

- 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 de siste 14 dagene?»

- 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 de siste 14 dagene?»

- 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



Sideskift

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

Ja

1.11. 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



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



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?

i 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:

i 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?

i 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(en)?

 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

 Sideskift



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

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?»

 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, annen grunn», «Nei, på grunn av hormonspiral/mini-piller/p-stav/ annen hormonbehandling» 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, annen grunn», «Nei, på grunn av hormonspiral/mini-piller/p-stav/ annen hormonbehandling» 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) i løpet av 2021?»

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) i løpet av 2021?»

Var blødningen/blødningene kraftige?



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

- Nei
- Ja

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

Oppsto endringene etter koronavaksinasjon?

- i** 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?

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

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

- i** 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:

- i** 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?


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

 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 blødningen(e) 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:»

 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:»

 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 blødningen(e) 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:»

 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:»

 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 blødningen(e) 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:»

 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 første dose», «Etter andre dose» eller «Etter tredje 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

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) <u>i løpet av 2021</u>?»

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?»

Opplvde 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 «Nei» eller «Vet ikke» er valgt i spørsmålet «Har du fått koronavaksine?»

Oppløve 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 tre doser eller flere», «Ja, har fått én dose» eller «Ja, har fått to doser» 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

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, har fått tre doser eller flere», «Ja, har fått én dose» eller «Ja, har fått to doser» 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 mellombødning(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

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, har fått tre doser eller flere» eller «Ja, har fått to doser» 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

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, har fått tre doser eller flere» eller «Ja, har fått to doser» 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 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

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 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

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?»



Sideskift

Obligatoriske felter er merket med stjerne *

BARNET DITT SOM ER MED I NORFLU

10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av de siste 14 dagene?

Nei

Ja

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

i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av de siste 14 dagene?»

0-1 dag

2-3 dager

4-5 dager

6-7 dager

8-9 dager

10-14 dager

10.2. Kryss av for *hvor* sykt barnet var:


i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av de siste 14 dagene?»

Nesten ikke syk

Ganske syk, lå i flere dager

Veldig syk

10.3. Kryss av for *hvor lenge* barnet var sykt:


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt 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 «10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Er fortsatt sykt

10.4. Kryss av for *når* barnet var sykest:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt 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 26

Obligatoriske felter er merket med stjerne *


10.5. Er barnet nå plaget av hoste?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt 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 «10.5. Er barnet nå plaget av hoste?»

Tørrhoste

Slimhoste


10.6. Har barnet nå rennende nese eller nyser?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja


10.7. Har barnet nå tett nese?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja


10.8. Har barnet nå sårhet i halsen?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt 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 «10.8. Har barnet nå sårhet i halsen?»

Nei

Ja

10.9. Er barnet nå tett i brystet (tungt å puste)?

i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja

10.10. Har barnet i dag eller i løpet av de siste 3 dagene hatt hodepine?

i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja

10.11. Har barnet i dag eller i løpet av de siste 3 dagene hatt feber?

i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja

Vet ikke/ ikke målt

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


i Dette elementet vises kun dersom alternativet «Vet ikke/ ikke målt» eller «Ja» er valgt i spørsmålet «10.11. Har barnet i dag eller i løpet av <u>de siste 3 dagene</u> hatt feber?»

Nei

Ja




10.12. Har barnet 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 «10. Er barnet blitt sykt 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 «10.12. Har barnet i dag eller i løpet av <u>de siste 3 dagene</u> hatt magesmerter/kvalme/diaré?»

Magesmerter

Kvalme

Diaré


10.13. Har barnet de siste 3 dagene hatt muskelsmerter?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja

10.14. Har barnet de siste 3 dagene opplevd svimmelhet?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «10. Er barnet blitt sykt med symptomer fra luftveiene, sykdomsfølelse eller feber i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja

 Sideskift


11. Har barnet 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 barnet har fått noen av de følgende diagnosene, eller ingen diagnose:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «11. Har barnet vært undersøkt av / hatt en konsultasjon med lege (f. eks. telefon) i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Mistenkt eller sikker koronavirusykdom

Mistenkt eller sikker influensa

Lungebetennelse

Halsbetennelse

Forkjølelse

Annen infeksjon

Skade

Annen sykdom

Ingen diagnose/ Rutinesjekk/ Skolehelsetjeneste/ Vaksinasjon

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

Nei

Ja

Vet ikke

13. Har barnet vært innlagt på sykehus i løpet av de siste 14 dagene?

Nei


Ja

 Sideskift

14. Er barnet blitt testet / har barnet testet seg for koronavirusinfeksjon i løpet av de siste 14 dagene?


- Nei
- Ja
- Vet ikke

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

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «14. Er barnet blitt testet / har barnet testet seg 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 barnet ble testet / testet seg for koronavirusinfeksjon:

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «14. Er barnet blitt testet / har barnet testet seg 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
- Fordi barnet har andre helseplager/sykdommer
- Eget ønske om testing
- Lege/helsepersonell anbefalte testing
- Deltakelse i forskningsprosjekt
- På grunn av smitteoppsporing
- Testing på skole
- Testing i forbindelse med fritidsaktiviteter
- Annen grunn

Hva slags test(er) tok barnet?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «14. Er barnet blitt testet / har barnet testet seg 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 skole/ annet (vanligvis svar i løpet av minutter-time)
- PCR-test på teststasjon/legevakt/lege (vanligvis svar i løpet av 1-3 dager)
- Vet ikke

Fikk barnet påvist koronavirusinfeksjon?

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

- Nei
- Ja
- Vet ikke

 Sideskift

Side 31

Obligatoriske felter er merket med stjerne *


15. Har barnet hatt nedsatt luktesans eller smaksans i løpet av de siste 14 dagene?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

16. Er barnet blitt testet for influensavirusinfeksjon i løpet av de siste 14 dagene?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

Viste testen at barnet hadde influensavirusinfeksjon?

 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «16. Er barnet blitt testet for influensavirusinfeksjon i løpet av <u>de siste 14 dagene</u>?»

Nei

Ja

Vet ikke

 Sideskift

Side 32

Obligatoriske felter er merket med stjerne *


17. Er barnet blitt vaksinert mot influensa denne høsten (2021)?

Nei

Ja

Vet ikke

Opplevde barnet noen uønskede reaksjoner eller bivirkninger etter influensavaksinasjonen?


 Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «17. Er barnet 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 barnet 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 barnet noen uønskede reaksjoner eller bivirkninger etter <u>influensavaksinasjonen</u>?»

Hadde barnet 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 jenter: 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 jenter: 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"/>

Obligatoriske felter er merket med stjerne *



Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørsmålet «Opplevde barnet 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 barnet 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"/>
Brystmerter	<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"/>
Multiorgan inflammatorisk syndrom (MIS-C)	<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 barnet 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>?»

Takk for at du fyller ut og sender inn skjemaet!