

Når barnet er 7 år



Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor er det viktig å bruke blå eller sort kulepenn og skrive tydelig:

- I de små avkrysningsboksene setter du *et kryss* inni boksen for det svaret som du mener passer best, slik:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik:
- Tallboksene har ofte to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall, bruker du den høyre ruten. Eksempel:

	5
--	---

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

--	--

dag

--	--

måned

--	--	--	--

år

(Skriv årstall med 4 tall. f.eks. 2016)

+

LEVEVANER OG LIVSSTIL

1. Hva er barnets høyde og vekt nå?

Høyde

--	--	--

 cm

Vekt

--	--	--	--

 kg

Dato for måling

--	--

 måned

--	--	--	--

 år

2. Bor barnet hos andre enn deg gjennom en uke/måned?

(F.eks. barnets far eller tidligere partner.)

Nei Ja

Hvis ja, hvor ofte gjennom en måned bor barnet i det andre husholdet?

- 1 opphold
- 2-3 opphold
- 4 opphold
- 5 eller flere opphold

+

3. Hvor mange familiemedlemmer er det i hver av husholdningene? (Tell både barn og voksne.)

	I din husholdning	I annen husholdning
Antall voksne	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>
Antall barn 0-5 år	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>
Antall barn 6-18 år	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"></table>

4. Er det dyr i barnets hjem?

Hvis barnet har flere enn ett hjem, og det er dyr i det ene eller begge, kryss "Ja".

Nei Ja

Hvis ja, hva slags dyr? (Sett eventuelt flere kryss.)

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

+

BARNETS EVNER OG FERDIGHETER

Om språkutvikling

Kryss av for hvert utsagn i forhold til hvor godt du synes det passer for ditt barn. Prøv å svare på alt selv om du ikke er helt sikker eller synes utsagnet virker rart. Er utsagnet bare delvis rett, krysses det av for tall mellom 1 og 5 avhengig av hvor godt du synes det passer for ditt barn.

+

5. Om barnets evner og ferdigheter sammenliknet med jevnaldrende.

	Svært mye svakere		Typisk lik jevnaldrende		Svært mye flinkere	
	1	2	3	4	5	
1. Evne til å stille spørsmål ordentlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Evne til å svare på spørsmål ordentlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Evne til å si setninger klart nok til å bli forstått av fremmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Antall forskjellige ord han/hun kjenner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Evne til bruke de ordene han/hun kan på en riktig måte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Evne til å få formidlet et budskap til andre ved å snakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Evne til å finne de riktige ordene når han/hun snakker med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Evne til å oppnå det han/hun vil gjennom å snakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Evne til å starte en samtale med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Evne til å holde en samtale gående med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Lengden på setninger han/hun bruker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Evne til å lage "voksenlignende" setninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Evne til å si lydene i alle ord riktig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

6. Forhold som henger sammen med språklige ferdigheter.

	Passer ikke for barnet/helt feil		Passer både og		Passer godt for barnet/helt riktig	
	1	2	3	4	5	
1. Glemmer ord som han/hun vet hva betyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blander sammen ord med lik mening (f.eks. skjorte, genser, jakke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har vansker med å forstå hva vanlige ord betyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har problemer med å svare på spørsmål like raskt som andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leter ofte etter de riktige ordene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bruker ufullstendige setninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bruker korte setninger når han/hun skal svare på spørsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har vansker med å gjenfortelle en historie han/hun har hørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Om flerspråklighet

7. Hvilket språk snakker dere hjemme: (Flere kryss mulig.)

	Mor	Far	
Norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samisk språk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svensk eller dansk språk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tysk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet språk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Hvilke språk snakker barnet: (Flere kryss mulig.)

BARNETS VÆREMÅTE

12. Sett kryss i den ruten som best beskriver ditt barns oppførsel i løpet av de siste 6 månedene.

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Aldri/sjelden	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
1. Er uoppmerksom på detaljer eller gjør slurvfeil i skolearbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har vansker med å opprettholde oppmerksomheten om oppgaver eller i lek.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Synes ikke å høre etter når en snakker direkte til han/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har vansker med å følge beskjeder og klarer ikke å fullføre skolearbeid, oppgaver eller plikter (ikke regn med vansker som skyldes trass eller manglende forståelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har vansker med å organisere eller planlegge oppgaver og aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Unngår, misliker eller er motvillig til å starte på oppgaver som krever mentale anstrengelser (som skolearbeid/lekser, andre oppgaver)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mister ting som er nødvendig for å utføre oppgaver eller aktiviteter (blyanter, bøker, leker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Er lett å avlede (lett distraherbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Er glemsom i daglige gjøremål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Er urolig med hender og føtter og/eller vrir seg mye på stolen (sitter urolig) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Forlater plassen sin i situasjoner hvor det forventes at han/hun skal sitte i ro (for eksempel ved bordet, i fellessamling)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Løper rundt eller klatrer på ting i situasjoner hvor dette er upassende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Har vansker med å leke eller delta i aktiviteter på en rolig måte, uten å bråke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Er "i farta" eller oppfører seg som han/hun er "drevet av en motor"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Snakker overdrevent mye, i ett kjøp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Buser ut med svar før spørsmål er ferdig stilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Har vansker med å vente på tur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avbryter eller trenger seg på andre, for eksempel i samtale eller lek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Spørsmålene under handler om hvordan barnet ditt har følt seg eller har oppført seg den siste tiden.

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Stemmer ikke	Stemmer noen ganger	Stemmer svært godt
1. Barnet mitt blir virkelig redd uten grunn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnet mitt er redd for å være alene i huset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Folk sier til barnet mitt at det bekymrer seg for mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnet mitt er redd for å gå på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Barnet mitt er sjenert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Spørsmålene under handler om hvordan barnet ditt har følt seg eller har oppført seg den siste tiden.

Noen av spørsmålene kan kanskje virke litt merkelige eller vanskelige, men de tilhører standardiserte verktøy som brukes på barn i ulike aldre. Kryss av for hvordan dette har stemt for barnet i løpet av de to siste ukene.

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Stemmer ikke	Stemmer noen ganger	Stemmer
1. Var lei seg eller ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Følte seg så trøtt at han/hun bare ble sittende uten å gjøre noen ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Var veldig rastløs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Var ikke glad for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Følte seg lite verdt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gråt mye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hatet seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tenkte at han/hun aldri kunne bli så god som andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Følte seg ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tenkte at ingen egentlig var glad i han/henne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Følte seg som et dårlig menneske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Syntes han/hun gjorde alt galt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hadde problemer med å tenke klart eller konsentrere seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BARNETS SYKDOM OG HELSEPLAGER

Nå følger spørsmål om sykdom og helseproblemer hos barnet, både langvarige plager samt sykdommer og plager av mer forbigående type.

+

15. Har eller har barnet hatt noen av følgende langvarige sykdommer eller helseproblemer? (Kryss av for hver linje.)

	+	Nei	Ja, har nå	Ja, hadde tidligere	Hvis ja, er barnet henvist til spesialist?	
					Nei	Ja
1. Astma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Allergi i øyne eller nese, f.eks. høysnue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Elveblest/Urticaria		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Atopisk eksem (barneeksem)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Annen eksem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cøliaki		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Matallergi/intoleranse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ofte diaré		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ofte magesmerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Andre mage-/tarmproblemer – beskriv evt. nedenfor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sykdom i nyre/urinveier – beskriv evt. nedenfor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Leddproblemer (Rheumatoid artritt/leddgikt) – beskriv evt. nedenfor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Stoffskiftesykdom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Migrene/annen hodepine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kronisk utmattelsessyndrom/ME		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Guillain Barré syndrom		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Diabetes		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Epilepsi		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Cerebral Parese		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hjertefeil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Kreft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Søvnproblemer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Emosjonelle vansker (f.eks. trist og engstelig)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Atferdsvansker (vanskelig og uregjerlig)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Vansker med oppmerksomhet eller konsentrasjon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Kontaktvansker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hyperaktivitet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Autismespekterforstyrrelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Nedsatt hørsel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Nedsatt syn		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. For liten vektøkning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. For stor vektøkning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Forsinket motorisk utvikling		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Forsinket eller avvikende språkutvikling		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. (Mistanke om) syndrom – beskriv evt. nedenfor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Annen langvarig sykdom/tilstand, spesifiser nedenfor:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Beskriv: _____

+

16. Har barnet eller har barnet hatt noen av følgende infeksjoner/skader det siste året? Oppgi om barnet har vært hos lege, alternativ behandler eller vært innlagt på sykehus som følge av dette. (Kryss av for hver linje.) +

	Hvis ja:				
	Nei	Ja	Vært til lege	Vært til alternativ behandler	Vært innlagt på sykehus
1. Influensalignende sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Halsbetennelse med påviste streptokokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mononukleose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vannkopper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hjernerystelse/hodeskader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Skader eller ulykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Har barnet noen gang hatt eller har barnet noen av følgende symptomer eller helseplager? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Hvis ja, ved hvilken alder?				Ant. ganger siste 12 måneder
	Nei	Ja	Før 3 år	3 år og eldre	
1. Tetthet/piping/hvesing i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Nattdlig hoste uten forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Tetthet/piping i brystet under eller etter fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Rennende nese uten forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. Kløe/renning fra øyne uten forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6. Kløende utslett som har kommet og gått i minst 6 måneder .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

18. Reagerer barnet på visse matvarer?

Nei Ja Vet ikke

Hvis ja, hvilken type mat reagerer barnet på?

(Du kan sette flere kryss.)

- Melk og melkeprodukter
 Hvete/gluten
 Peanøtter
 Andre nøtter
 Sitrusfrukter (sitron, appelsin, mandarin osv.)
 Annen frukt/bær
 Fisk/skalldyr
 Egg
 Annet: _____
 Annet: _____

+

19. Har barnet vært allergitestet?

Nei Ja

Hvis ja, hva ble barnet testet for, og bekreftet testen allergi?

Testet for:	Bekreftet allergi?				
	Nei	Ja	Nei	Ja	Vet ikke
Melk og melkeprod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvete/gluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peanøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitrusfrukter (sitron, appelsin, mandarin osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen frukt/bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk/skalldyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollen	<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"/>
Annet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Hvor mange ganger har barnet vært hos allmennlege/fastlege det siste året?

+

- 0 ganger 1-2 ganger 3-5 ganger Mer enn 5 ganger

+

21. Omtrent hvor mange dager har barnet vært borte fra skolen de siste 12 månedene på grunn av sykdom?

dager

22. Har dere oppsøkt andre behandlere enn allmennlege/fastlege det siste året (f.eks. naprapat, kiropraktor, homeopat eller andre)?

- Nei Ja Hvis ja, oppgi antall ganger

Hvis ja, hvilken type behandler, og for hvilke(t) problem? _____

+

23. Har barnet fått medisiner det siste året?

Dette gjelder alle typer medisiner (f.eks. antibiotika, naturmedisiner og urtepreparater). Ta også med medisiner som brukes fast.

- Nei Ja Husker ikke

Hvis ja, oppgi type eller navn på medisiner. (Hvis du ikke husker produktnavnet, kan du skrive type medisin, f.eks. antibiotika.)
(SKRIV MED BLOKKBOKSTAV, f.eks. APOCILLIN, PARACET)

BARNETS TANNHELSE**24. Hvor ofte børstes barnets tenner av barnet selv eller andre?**

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

25. Tar barnet fluortabletter eller skyller med fluor?

- Nei Ja +

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

- Nei Ja Vet ikke

27. Er det påvist emaljeskader i barnets tenner?

- Nei Ja Vet ikke

28. Er det påvist manglende tenner hos barnet?

- Nei Ja Vet ikke

29. Har barnet annen skade/defekt på tenner?

- Nei Ja Vet ikke

+

KOSTTILSKUDD

30. Får barnet regelmessig tran, vitaminer, jern eller annet kosttilskudd? +

Nei Ja +

Hvis ja, hvilke?

Tran, Omega 3

Multivitaminpreparat

Jerntilskudd

Annet: _____

VAKSINER

31. Har barnet fått de vaksinene som helsestasjonen anbefaler?

Nei Ja +

Hvis nei, hvorfor ikke?

32. Har barnet noen gang fått vaksine mot sesonginfluensa?

Nei Ja Vet ikke

Hvis ja, når fikk barnet vaksine?

Kryss av for sesong og for type vaksine: nasal (via nesen) eller injeksjon (vaksine i sprøyte).

	Sesong	Nasal	Injeksjon
1. Sesong 2010/2011	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sesong 2011/2012	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sesong 2012/2013	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sesong 2013/2014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sesong 2014/2015	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sesong 2015/2016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sesong 2016/2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sesong 2017/2018	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Har barnet fått andre vaksiner enn de som tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet?

(F.eks. vaksine ved utenlandsreise)

Nei Ja

Hvis ja, hvilken vaksine og omtrent hvor gammelt var barnet?

Vaksine: _____

Alder: måneder

Vaksine: _____

Alder: måneder

Vaksine: _____

Alder: måneder

Vaksine: _____

Alder: måneder

Vaksine: _____

Alder: måneder

+

+

BARNETS SØVN

34. Hvor mange timer sover barnet vanligvis per natt på hverdager?

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

+

35. Hvor ofte hender det at barnet våkner om natten?

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

36. Hvor ofte hender det at barnet våkner av mareritt?

- Flere ganger hver natt
 Nesten hver natt
 Minst en gang i uken
 1-3 ganger per måned
 Sjelden eller aldri

+

37. Er du bekymret over barnets søvnmønster?

- Nei
 Ja, jeg synes barnet sover uvanlig lite
 Ja, jeg synes barnet sover uvanlig mye
 Ja, jeg synes barnet sover uvanlig urolig
 Ja, jeg synes barnet ofte er våken lange stunder om natten
 Ja, annet - beskriv:

+

38. Synes du barnet er uvanlig søvning på dagtid?

- Nei Ja

39. Sover barnet på dagtid?

- Nesten hver dag
 Minst en gang i uken
 1-3 ganger per måned
 Sjelden eller aldri

ANDRE BEKYMRINGER FOR BARNET

40. Besvar spørsmålene under om andre bekymringer for barnet.

(Sett ett kryss for hver linje.)

- | | Nei | Ja | Usikker | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Er du bekymret for barnets fysiske utvikling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Er du bekymret for barnets væremåte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Er du bekymret fordi barnet er krevende og vanskelig å ha med å gjøre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Er du bekymret fordi barnet er så lite interessert i andre barn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Er du bekymret for barnets helse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Er du bekymret fordi barnet har et uvanlig høyt aktivitetsnivå? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Er du bekymret fordi barnet har et uvanlig lavt aktivitetsnivå? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Har andre (familie, skole, helsesøster) uttrykt bekymring for barnets utvikling? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | + |

+

Beskriv eventuelt nærmere om din bekymring for barnet: _____

+

Om deg selv

+

41. Er du gravid nå?

 Nei Ja

Hvis ja, oppgi antall uker

--	--	--	--	--

uker

42. Hvor mye veier du nå for tiden?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

kg

43. Hvor høy er du?

--	--	--	--	--

cm

44. Bor du sammen med barnets far, annen ektefelle/samboer/partner, andre, eller alene?

- Bor sammen med barnets far
- Bor sammen med annen ektefelle/samboer/partner
- Bor med andre
- Bor alene

45. Har du noen gang hatt perioder som var preget av følgende?

(Kryss av for hver linje, eventuelt flere kryss per linje.)

+

	Nei	Ja, har nå	Ja, i løpet av siste 4 år	Ja, for mer enn 4 år siden
1. Mental og/eller fysisk utmattelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Søvnforstyrrelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nedstemthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Konsentrasjonsproblemer/reduert hukommelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemer med daglige gjøremål, jobb, skole etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Muskel-/leddsmerter og/eller hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sår hals og/eller ømme lymfeknuter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, er du utredet av lege for dette?

- Nei
- Ja, er under utredning
- Ja, har fått diagnosen kronisk utmattelse/ME
- Ja, har fått annen diagnose, hvilken: _____
- _____
- _____

46. Har du en langvarig eller kronisk sykdom (fysisk eller psykisk)?

 Nei Ja +

Hvis ja, oppgi hvilken sykdom, navn på eventuelle medisiner og hvor ofte du bruker de.
Dersom du bruker flere medisiner for samme sykdom, så gjenta sykdommens navn på linjen under.
(Ta med alle typer medisiner, også naturmedisiner.)

+

Navn på sykdom	Medisin?		Hvis ja, skriv navn på medisin	Bruk		
	Nei	Ja		Hver dag	Daglig i perioder	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"/>
	<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"/>

47. Har du hatt følgende infeksjonssykdommer det siste året? (Oppgi antall ganger.)

+					+
Influenzalignende sykdom	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	Antall ganger	<input type="text"/>	
Lungebetennelse	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	Antall ganger	<input type="text"/>	
Andre infeksjoner	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	Antall ganger	<input type="text"/>	

Hvis ja, oppgi navn på eventuelle medisiner og antall ganger du har fått antibiotika eller naturmedisiner mot infeksjoner det siste året. (Hvis du ikke husker produktnavnet, kan du skrive type medisin, f.eks. antibiotika)

Navn på medisiner:	Antall ganger/kurer
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>

48. Har du noen gang blitt vaksinert mot sesonginfluensa?

<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	antall ganger	<input type="text"/>	Hvis ja, oppgi årstall for siste vaksinasjon	årstall	<input type="text"/>
------------------------------	-----------------------------	---------------	----------------------	--	---------	----------------------

49. Hvor ofte drikker du alkohol nå for tiden?

- Omtrent 6-7 ganger per uke
- Omtrent 4-5 ganger per uke
- Omtrent 2-3 ganger per uke
- Omtrent 1 gang per uke
- Omtrent 1-3 ganger per måned
- Sjeldnere enn 1 gang per måned
- Aldri

50. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? Kryss av både for i helgen og hverdagen. (Se forklaring om alkoholenheter nedenfor.)

	I helgen	Hverdager
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enheter alkohol

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

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 enhet
1 vinglass rød eller hvit vin	= 1 enhet
1 hetvingsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 enhet
1 drammeglass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 enhet

51. Røyker du nå for tiden?

- Nei
- Av og til Sigaretter per uke
- Daglig Sigaretter per uke

52. Er det noen andre som røyker i barnets hjem?

- Nei Ja

53. Har du hatt inntektsgivende arbeid de siste 12 månedene?

- Nei
- Ja, hele tiden
- Ja, deler av tiden

54. Hvis du er i lønnet arbeid, har du vært helt eller delvis sykemeldt av lege de siste 12 månedene p.g.a. egen sykdom eller sykdom hos barn? Hvis ja, oppgi hvor lenge du var sykemeldt til sammen.

	Nei	Ja	Mindre enn 1 uke	1-3 uker	1 måned eller mer
Egen sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykdom hos barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Har du de siste 12 månedene opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt og vanskelig var dette for deg?

(Kryss av for hver linje.)

	+		Hvis ja, hvor vondt/vanskelig var det?		
	Nei	Ja	Ikke så ille	Vondt/vanskelig	Veldig vondt/vanskelig
1. Hatt økonomiske problemer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blitt skilt, separert eller avbrøt samlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller på jobb?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vært alvorlig syk eller skadet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mistet en som sto deg nær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Opplevd alvorlig sykdom/skade hos en som står deg nær?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annet, beskriv: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

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

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

Eventuelle utfyllende opplysninger om deg selv eller barnet ditt

TUSEN TAKK FOR INNSATSEN!

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

+

+