

MIDIA Cøliakistudien - SPØRRESKJEMA

Det er fint om både mor og far fyller ut spørreskjemaet sammen.

Skriv tydelig med blå eller sort penn. Ved feilavkryssninger stryker du ut hele krysset. Skriv tall tydelig inne i boksene. Hvis du har skrevet galt tall, stryk det ut og sett riktig tall ved siden av boksen.

Spørreskjemaet sendes til Nasjonalt folkehelseinstitutt sammen med samtykkeskjema og spørreskjemaet fra MIDIA i vedlagte frankerte returkonvolutt.

HAR BARNET FÅTT PÅVIST CØLIAKI?

JA

Besvar kun spørsmål i
venstre/rød kolonne

NEI

Besvar kun spørsmål i
høyre/blå kolonne

1. Hvor gammelt var barnet da diagnosen ble stilt? mnd. år □□ □□
2. Hvor gammelt var barnet da dere fikk mistanke om sykdommen? mnd. år □□ □□
3. Har barnet vært til tarmbiopsi (vevsprøve fra tarm)? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis <u>nei</u> (tok ikke vevsprøve):
A. Blodprøve ga tilstrekkelig Utslag <input type="checkbox"/>
B. Startet på glutenfri kost uten blod- eller vevsprøver <input type="checkbox"/>
C. Annet – forklar: _____
Hvis <u>ja</u> (tok vevsprøve):
A. Hvor gammelt var barnet? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> år
B. Har barnet tatt vevsprøve mer enn en gang? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
C. Viste prøven sikker cøliaki Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Vet ikke <input type="checkbox"/>
4. Spiser barnet ditt gluten nå? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>

1. Har barnet noen gang tatt blodprøver med tanke på cøliaki? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Usikker/vet ikke <input type="checkbox"/>
Hvis <u>ja</u> sett <u>et</u> kryss i tabell:
BLODPRØVESVAR:
Normal <input type="checkbox"/>
Positiv <input type="checkbox"/>
Grenseverdi <input type="checkbox"/>
Vet ikke <input type="checkbox"/>
2. Har barnet vært til tarmbiopsi (vevsprøve fra tarm) med spørsmål om cøliaki? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Hvis <u>ja</u> (tok vevsprøve) svar på a, b, c:
a) Hvor gammelt var barnet? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> år
b) Har barnet tatt vevsprøve mer enn en gang? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
c) Hva viste prøven? Normale funn <input type="checkbox"/> Lette forandringer <input type="checkbox"/> Usikker/vet ikke <input type="checkbox"/>
3. Spiser barnet ditt glutenfri kost nå? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/>
Hvis <u>ja</u> eller <u>delvis</u> svar på a og b:
a) Barnet reagerer på gluten J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
b) Familien spiser ikke/lite gluten J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

5. Hvilke plager hadde barnet før diagnosen ble stilt? (Sett et kryss for hver linje)					
	Symptom	Nei	Ja	Av og til	Vet ikke
1	Løs avføring				
2	Hard avføring				
3	Oppkast				
4	Magesmerte				
5	Luft i magen				
6	Slapp				
7	Dårlig matlyst				
8	Lite jern				
9	Langsom vekst				
10	Sen utvikling				
11	Ingen plager				
12	Andre plager				
Hvis andre plager spesifiser: _____					
6. Oppgi om noen andre i familien har cøliaki?(Sett et kryss for hver linje)					
		Ja	Nei	Vet ikke	
Mor					
Far					
Søsken/halvsøsken					
7. Ved hvilket sykehus er barnet blitt fulgt opp for sin cøliaki (flere kryss kan settes) og ved hvilket sykehus er evt. Tarmbiopsi/vevsprøve gjort?					
	Sykehus	Medisinsk oppfølging	Biopsi/vevsprøve		
1	Rikshospitalet				
2	Ullevål				
3	AHUS				
4	Haukeland				
5	St.Olav				
6	Levanger				
7	Namsos				
8	Tromsø				
9	Bodø				
10	Mosjøen				
11	Ålesund				
12	Molde				
13	Kristiansund				
14	Stavanger				
15	Haugesund				
16	Kristiansand				
17	Arendal				
18	Skien				
19	Tønsberg				
20	Drammen				
21	Fredrikstad				
22	Elverum				
23	Lillehammer				
24	Hammerfest				
25	Kirkenes				

4. Har barnet noen av følgende plager? (Sett et kryss for hver linje)					
	Symptom	Nei	Ja	Av og til	Vet ikke
1	Løs avføring				
2	Hard avføring				
3	Oppkast				
4	Magesmerte				
5	Luft i magen				
6	Slapp				
7	Dårlig matlyst				
8	Lite jern				
9	Langsom vekst				
10	Sen utvikling				
11	Ingen plager				
12	Andre plager				
Hvis andre plager spesifiser: _____					
5. Oppgi om noen andre i familien har cøliaki?(Sett et kryss for hver linje)					
		Ja	Nei	Vet ikke	
Mor					
Far					
Søsken/halvsøsken					
6. Ved hvilket sykehus er barnet blitt fulgt opp for sin cøliaki (flere kryss kan settes) og ved hvilket sykehus er evt. Tarmbiopsi/vevsprøve gjort?					
	Sykehus	Medisinsk oppfølging	Biopsi/vevsprøve		
1	Rikshospitalet				
2	Ullevål				
3	AHUS				
4	Haukeland				
5	St.Olav				
6	Levanger				
7	Namsos				
8	Tromsø				
9	Bodø				
10	Mosjøen				
11	Ålesund				
12	Molde				
13	Kristiansund				
14	Stavanger				
15	Haugesund				
16	Kristiansand				
17	Arendal				
18	Skien				
19	Tønsberg				
20	Drammen				
21	Fredrikstad				
22	Elverum				
23	Lillehammer				
24	Hammerfest				
25	Kirkenes				

