

Den norske mor og barn-undersøkelsen



Spørreskjema om influensa og vaksiner - Mor

Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor er det viktig

- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss for det svaret som er riktig.
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å trykke på tilbake-tast.
- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall, må du fylle ut de andre ruter med null.

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

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2010)

Spørsmål om influensasykdom

1. Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt svineinfluensa eller annen influensalignende sykdom?

- Nei Ja Vet ikke

Hvis 'nei' gå til til spm. 10

2. Når var du syk?

Måned

År

3. Oppsøkte du lege?

- Nei Ja

+

Hvis ja,

Ble det tatt neseprøve av deg? Nei Ja Vet ikke

Ble det tatt blodprøve av deg? Nei Ja Vet ikke

4. Bekreftet prøven(e) at du hadde:

- | | Nei | Ja | Vet ikke |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Svineinfluensa..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vanlig sesonginfluensa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Hvor syk følte du deg?

- Nesten ikke syk
 Ganske syk, lå i flere dager
 Veldig syk

+

6. Ble du innlagt på sykehus i forbindelse med influensa?

- Nei Ja

Hvis ja, hvilket sykehus?

7. Hvor lenge følte du deg syk?

- 1-2 dager
 3-5 dager
 Mer enn 5, antall dager:
 Vet ikke

+

8. Hvis du hadde influensa, kryss av for hvilke symptomer du hadde og hvor mange dager de varte.

(Du kan krysse av for flere symptomer.)

	Antall dager med symptomer		
	1-2	3-5	Mer enn 5
<input type="checkbox"/> Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tett i nesa/ rennende nese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vondt i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tung i pusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brystsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forts. neste side

	Antall dager med symptomer		
	1-2	3-5	Mer enn 5
<input type="checkbox"/> Feber under 39.0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Feber på 39.0 eller høyere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Feber (ikke målt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leddsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Muskelsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oppkast, diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv _____

9. Ble du utmattet etter svineinfluensa / influensa?

- Nei
- Ja, antall uker varighet +
- Ja, er fortsatt utmattet

10. Er du gravid, eller har du i løpet av de siste 12 månedene vært gravid?

- Nei Ja

Hvis ja, oppgi dato for siste menstruasjon

Dag: Måned: År:

11. Hvis ja, dersom termin ble bestemt med ultralyd, vennligst oppgi denne:

Dag: Måned: År:

12. Hvis du hadde svineinfluensa/ influensa, var du gravid mens du var syk?

- Nei Ja, i svangerskapsuke

+

13. Hvis du var gravid da du hadde svineinfluensa/influensa opplevde du noe av dette mens du var syk?

			Antall dager (varighet)			Oppsøkte du lege/jordmor	
	Nei	Ja	0-2	3-5	Mer enn 5	Nei	Ja
Kynnere (falske rier)							
- mer enn før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mindre enn før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitet/sparking hos barnet							
- mer enn før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mindre enn før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, beskriv under	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv _____

14. Har du en sykdom/tilstand som gjør at du er i en risikogruppe for influensa? (Du kan sette flere kryss).

	Nei	Ja
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen lungesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes type 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alvorlig overvekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjerte-/karsykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyresykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt immunforsvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen tilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv:

15. Har du i løpet av de siste 12 månedene spontanabortert, eller hatt en dødfødsel?

- Nei
- Ja, i svangerskapsuke

Hvis ja, når var det?

Dag: Måned: År:

+

16. Har noen i din husstand hatt svineinfluensa / influensa de siste 12 månedene?

 Nei

 Ja Hvis ja, hvem?

 Ektefelle/partner

 Barn

 Andre

Hvis ja, var du gravid da?

 Nei

 Ja, i svangerskapsuke

 Vet ikke

17. På en skala fra 0 til 10, hvor bekymret har du vært for at svineinfluensa kan være farlig for deg?

Svært lite bekymret Svært bekymret

Spørsmål om medisiner

18. Har du brukt medisiner mot influensa i løpet av de siste 12 måneder?

 Nei Ja Vet ikke

Hvis ja, kryss av for hvilken type medisin, og hvor lenge du brukte medisinen.

	Antall dager brukt		
	1-5	6-10	mer enn 10
<input type="checkbox"/> Tamiflu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Relenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Febersenkende medisiner: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antibiotika: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annen medisin på resept: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annen medisin uten resept: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Ble medisinen brukt fordi du var syk, eller for å forebygge sykdom?

 Fordi jeg hadde influensa / svineinfluensa

 Forebyggende

20. Opplevde du bivirkninger av medisinen?

 Nei Ja Vet ikke

Hvis ja, beskriv hvilke

21. Har du brukt andre medisiner de siste 12 månedene?

 Nei

 Ja

 Husker ikke

Hvis ja, fyll ut navn på medisin

	Fast	Ved behov
Medisin 1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin 2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin 3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin 4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Bruker du vitaminer/kosttilskudd? Nei Ja

Hvis ja, sett kryss og angi navn på preparatet

Navn på preparat

+

- Tran _____
- Annen omega-3 _____
- Multivitamin/mineral _____
- Annet vitamin-/kosttilskudd _____
- Annet vitamin-/kosttilskudd _____

Spørsmål om vaksiner

23. Er du vaksinert mot svineinfluensa?

Nei Ja Vet ikke

Hvis nei, hvorfor ikke? (Du kan sette flere kryss.)

- Var gravid
- Var redd for bivirkninger
- Ønsker at du skal ha et naturlig immunforsvar
- Ekspertene var uenige om vaksinen
- Helsepersonell frarådet vaksine
- Hadde ikke tillit til vaksinen
- Prinsipielt motstander av vaksiner
- Du har hatt svineinfluensa
- Tror ikke svineinfluensa er så farlig for deg
- Annet, beskriv _____

Hvis ja, hvorfor? (Du kan sette flere kryss.)

- Var gravid
- Svineinfluensa kan være en alvorlig sykdom
- Fordi helsepersonell gav råd om å vaksinere deg
- Fordi du er i en risikogruppe for svineinfluensa
- På grunn av din alder
- Så ikke du skulle smitte andre
- Det ble arrangert en vaksinasjonsdag
- Annet, beskriv _____

+

24. På en skala fra 0 til 10, hvor enig er du i at du har fått god informasjon om vaksine mot svineinfluensa?

+ Helt uenig Helt enig

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. På en skala fra 0 til 10, hvor bekymret er du for at svineinfluensavaksinen kan være farlig for deg?

Svært lite bekymret Svært bekymret

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

+

+

26. Hvis du har fått svineinfluensavaksinen, fikk du bivirkninger?

Nei Ja Vet ikke

Hvis ja, hvor lenge etter vaksinasjonen startet bivirkning(e)?

- Før 30 minutter
- 30 minutter -12 timer
- 13 – 23 timer
- 1 – 3 døgn
- Etter 3 døgn
- Vet ikke

Forts. neste side

Hvis ja, hvilke bivirkninger, og hvor lenge varte det?

+	Antall dager med bivirkninger			+
	0-2 dager	3-5 dager	Mer enn 5 dager	
<input type="checkbox"/> Smerter, hevelse i armen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Besvimelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Utslett andre steder på kroppen enn rundt stikkstedet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kvalme, oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Influensafølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Allergisk reaksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Anafylaktisk reaksjon (allergisk sjokk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Kramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Endret smaksopplevelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Andre bivirkninger,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Beskriv _____

27. Kontaktet du lege på grunn av bivirkningene?

- Nei
 Ja

28. Ble du lagt inn på sykehus på grunn av bivirkningene?

- Nei Ja

Hvis ja, hvilket sykehus?

29. Ble du utmattet etter vaksinen?

- Nei
 Ja, antall uker varighet
 Ja, er fortsatt utmattet

+

30. Hvis du har fått svineinfluensavaksine, var du gravid da du ble vaksinert? Nei Ja, i svangerskapsuke

Hvis du var gravid da du fikk svineinfluensavaksine opplevde du noe av dette?

+	Hvor lenge etter vaksinen opplevde du dette?						Antall dager (varighet)			Oppsøkte du lege/jordmor?	
	Nei	Ja	Med en gang	Første døgn	Første uke	Senere	0-2	3-5	Mer enn 5	Nei	Ja
Kynnere (falske rier)											
- mer enn før.....	<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"/>
- mindre enn før.....	<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"/>
Aktivitet/sparking hos barnet											
- mer enn før.....	<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"/>
- mindre enn før.....	<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"/>
Annet, beskriv under	<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"/>

Beskriv _____

31. Har du vært innlagt på sykehus av annen årsak enn influensa/influensavaksine de siste 12 måneder?

- Nei Ja

Hvis ja, hvilket sykehus?

Hvis ja, hva var årsaken?

32. Har du fått vanlig influensavaksine eller andre vaksiner de siste 12 månedene?

- Nei Ja

Hvis ja, hvilke(n) vaksine(r)?

33. Har du tidligere opplevd bivirkninger etter vaksinasjon?

- Nei Ja

Hvis ja, beskriv

Hvis ja, oppsøkte du lege for dette?

- Nei Ja

+

34. Er du allergisk mot egg?

- Nei
- Ja, lett allergi
- Ja, alvorlig allergi
- Ja, har hatt allergisk sjokk (anafylaktisk reaksjon)
- Vet ikke

+

35. Har du annen allergi?

- Nei Ja

Hvis ja, hva slags allergi har du?

- Pollenallergi/høysnue
- Dyrehårsallergi
- Matvareallergi
- Annet, beskriv _____

36. Har du noen gang hatt allergisk sjokk / anafylaktisk reaksjon?

- Nei Ja

37. Har du noen gang hatt perioder av mer enn 4 ukers varighet som var preget av noe av følgende plager? I så fall når var det?

	Nei	Ja, tidligere	Ja, siste 12 måneder	Ja, har det fortsatt
1. Mental og/eller fysisk utmattelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Søvnproblemer	<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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemer med å utføre daglige gjøremål, jobb, skole etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

+

39. Bruker du snus nå for tiden?

- Nei
- Ja, av og til porsjoner per uke:
- Ja, daglig porsjoner per dag:

+

Kommentarer

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

Tusen takk for hjelpen.

+

+