

MIDIA Miljøårsaker til type 1 diabetes

Spørreskjema 4 (9-12 måneders alder)

Referansenummer:

Det er fint om både mor og far kan fylle ut skjemaet 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. Dersom du mangler plass i noen av spørsmålene, bruk punkt 28. Notér spørsmålsnummer ved siden av.

Spørreskjemaet sendes til Nasjonalt folkehelseinstitutt i vedlagte svarkonvolutt.

A. BARNETS VEKST, HELSE OG MILJØ

0. Skriv dato for utfylling av spørreskjemaet:

Dag Måned År
 20

1. Barnets vekt, lengde og hodeomkrets målt ved

12 måneders alder: (helst på helsestasjon)
 Dag Måned År
 Dato for målingene: 20

Vekt i gram Lengde i cm Hodeomkrets i cm
 ,

2a. Har barnet vært innlagt på sykehus i alderen 9-12 mnd?

Nei Ja

2b. Hvis JA, hvilken dato ble barnet innlagt, og hva var årsaken til innleggelsen?

(Hvis flere innleggelse, skriv dato for innleggelse og årsak under punkt 28)

Dag Måned År
 Dato for innleggelse: 20

Årsak: _____

Hvilket sykehus? _____

3a. Har barnet hatt feber (mer enn 38° C) i alderen 9-12 mnd? Nei Ja

3b. Hvis JA, hvor mange ganger? Antall ganger

Fyll ut:	Start dato			Varighet i dager	Fikk barnet febernedsettende medisiner? *		Hvis JA: Antall ganger	Skriv navn/type:
	Dag	Mnd	År		Nei	Ja		
1. gang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	_____
2. gang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	_____
3. gang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	_____
4. gang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="text"/>	_____

* F.eks. Paracet, Panodil, Pinex. (Hvis barnet har hatt feber mer enn 4 ganger, vennligst skriv informasjon om dato, varighet og medisiner under punkt 28)

4. Har barnet hatt forkjølelse eller vært dårlig med oppkast/diaré i alderen 9-12 måneder?

(Dersom barnet har hatt forkjølelse eller oppkast/diaré mer enn 3 ganger kan dere skrive under punkt 28)

Forkjølelse

Nei Ja

Hvis JA, skriv start dato

Varighet i dager

Dag Mnd År

1. gang 20

2. gang 20

3. gang 20

Oppkast og/eller diaré

Nei Ja

Hvis JA, skriv start dato

Varighet i dager

Dag Mnd År

1. gang 20

2. gang 20

3. gang 20

5. Har barnet hatt følgende sykdom eller helseproblem i alderen 9-12 måneder?

	Hvis JA, ble dette bekreftet av lege?			Hvis JA, fikk barnet medisiner for dette?		
	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Ja	Skriv navn/type:
Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Halsbetennelse m/påviste streptokokker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Halsbetennelse, annen /ukjent årsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Øyekatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bronkitt/lungebetennelse/RS-virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Barneeksem/atopisk eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Matallergi/intoleranse, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

A. BARNETS VEKST, HELSE OG MILJØ (fortsettelse)

6a. Har barnet fått antibiotika mikstur eller dråper (penicillin eller lignende) i alderen 9-12 måneder?

(F.eks. Apocillin, Calcipen, Weifapenin, Abbotcin, Ery-Max, Imacillin)

Nei Ja

6b. Hvis JA, hvor mange ganger? Antall ganger

(Hvis barnet fikk antibiotika flere enn 3 ganger, vær snill å skrive informasjon om varighet, start og sluttdato og årsak under punkt 28)

6c. Hvis JA, fyll ut:

	1. gang			2. gang			3. gang		
	Dag	Mnd	År	Dag	Mnd	År	Dag	Mnd	År
Startdato	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sluttdato	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Hva var årsaken?

Ørebetennelse Ørebetennelse Ørebetennelse

Halsbetennelse Halsbetennelse Halsbetennelse

Bronkitt/lungebetennelse Bronkitt/lungebetennelse Bronkitt/lungebetennelse

Hudutslett Hudutslett Hudutslett

Annen årsak, beskriv: Annen årsak, beskriv: Annen årsak, beskriv:

7a. Kryss av hvilke vaksiner barnet har fått (9-12 mnd):

(Bruk helsestasjonskortet til å krysse av)

Ikke fått noen vaksiner

DTP (Difteri, stivkrampe, kikhoste)

DT (Difteri, stivkrampe)

Polio – Hib (Hemophilus influenzae)

MMR (Meslinger, kusma og røde hunder)

Engerix-B (Hepatitt)

Annen vaksine

Hvis annen vaksine, beskriv: _____

7b. Hvis barnet har fått noen vaksiner, fikk det alvorlige bivirkninger av vaksineringen?

Nei Ja

Hvis JA, beskriv: _____

7c. Fikk barnet smertestillende/febernedsettende medisiner i forbindelse med vaksineringen?

Nei Ja

8a. Har barnet brukt andre medisiner enn antibiotika og febernedsettende i alderen 9-12 måneder?

(Gjelder også naturmedisin)

Nei Ja

8b. Hvis JA, hva het medisinene:

Beskriv type/navn: _____

8c. Hvis JA, når?

Fra dato 20

Til dato 20

Bruker fortsatt Nei Ja

(Hvis flere ganger, notér medisinnavn og start-/sluttdato under punkt 28)

Årsak til medisinbruk; beskriv: _____

9a. Røykes det i rom hvor barnet oppholder seg?

Nei Av og til Daglig

9b. Hvis det røykes daglig:

Antall timer per dag Antall timer

10a. Har dere vært i utlandet med barnet siste 3 måneder?

NEI JA

Hvis JA;

10b. Hvor var dere?

Norden	Europa	Afrika	Asia	Nord-Amerika	Sør-Amerika	Australia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10c. Hvor lenge var dere i utlandet? Antall dager

10d. Hvordan var hygieneforholdene?

Som hjemme	Dårligere enn hjemme	Bedre enn hjemme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11a. Deltar barnet på babysvømming?

Aldri Av og til Ukentlig

11b. Leker (krabber) barnet ute på plen/i sandkasse?

Aldri Av og til Ukentlig

12a. Hvor passes barnet på dagtid?

Hjemme med mor/far/annet familiemedlem

Hjemme med dagmamma, praktikant

Hos dagmamma/familiebarnehage

Barnehage

Annet

Hvis annet, beskriv: _____

12b. Hvor mange barn er barnet sammen med på dagtid (inkludert søsken)?

Antall barn

B. BARNETS ERNÆRING

Her vil vi gjerne vite litt om barnets ernæring i alderen 9-12 måneder.

13. Hva slags melk har barnet fått i alderen 9-12 måneder?

(Sett ett eller flere kryss for hver linje)

	Ikke fått	Barnets alder i måneder		
		9-10	10-11	11-12
Brystmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collett vanlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Collett med Omega 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAN 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NAN H.A.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt/Biola, naturell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt/Biola, tilsatt frukt/bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen melk/morsmelkerstatning, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hvor ofte får barnet følgende drikke nå for tiden?

(Sett ett kryss for hver linje)

	Aldri/sjelden	1-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	Minst 1 gang daglig	Hvis daglig: Antall ganger per dag
Brystmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Morsmelkerstatning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Yoghurt/Biola, naturell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Yoghurt/Biola, tilsatt frukt/bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Annen melk, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vann fra springen (ikke kokt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Vann kjøpt på flaske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Barnesaft på glass/flaske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Annen saft, sukret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Saft, kunstig søtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

15a. Har barnet fått tran, vitaminer eller annet kosttilskudd i alderen 9-12 måneder? Nei Ja

15b. Hvis JA, kryss av for type kosttilskudd, hvor mye barnet har fått per gang og hvor ofte:

Type kosttilskudd:	Ikke fått	Barnets alder i måneder			Hvor mye per gang?	Hvor ofte har barnet fått dette? (i alderen 9-12 måneder)			
		9-10	10-11	11-12		Daglig	3-6 ganger per uke	1-2 ganger per uke	Under 1 gang per uke
Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biovit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanasol (multivit.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nycoplus (multivit.) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D-vitamin dråper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> dråper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluortabletter (ikke tannkrem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tabletter	<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"/> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. BARNETS ERNÆRING (fortsettelse)

16. Hvilke matvarer har barnet fått **regelmessig**, og hvor ofte fikk barnet disse matvarene i alderen 9-12 mnd?

(Tyntflytende velling/drikkegrøt regnes for fast føde)

Notér barnets alder kun der barnet har begynt med nye matsorter etter fylte 9 måneder.

Mattype:	Aldri	Barnets alder da det startet?	Hvor ofte spiste barnet dette?				Hvis daglig: Antall ganger per dag
			Sjelden	1-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	Minst 1 gang per dag	
Grøt av mais eller ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Grøt av havre m/ris og hvete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Grøt av havre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Grøt av hvete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Drikkegrøt/velling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Brødmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Kokte grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Kokte poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Fisk (også som pålegg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Kjøtt/lever (også som pålegg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<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"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Grøt/middag laget av råvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Grøt/middag, fabrikkfremstilt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Desserter, fabrikkfremstilt ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Banan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Appelsin, clementin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>
Annet, hva: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mndr →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/>

C1. MOR – BESVARES BARE AV MØDRE SOM AMMER

17a. Bruker du tran?

Nei Ja

17b. Hvis JA, hvor ofte?

Hver dag 1-2 gang per uke
 3-6 ganger per uke Mindre enn 1 gang per uke

18a. Bruker du annet vitamin- eller mineraltilskudd?

Nei Ja

18b. Hvis JA, hvilken type tilskudd?

Multivitamin B-kompleks
 (Vitamineral, Biovit etc)
 Sanasol Vitamin E
 Vitamin A og D Folat (folsyre)
 Omega 3 kapsler ... Jern
 Annet: _____

Merkenavn på kosttilskudd:

18c. Hvis JA, hvor ofte?

Hver dag 1-2 ganger per uke
 3-6 ganger per uke Mindre enn 1 gang per uke

19a. Hvor ofte drikker du alkohol?

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

C1. MOR – BESVARES BARE AV MØDRE SOM AMMER (fortsettelse)

19b. Hvis du drikker alkohol, hvilken type alkohol drikker du vanligvis? (Sett eventuelt flere kryss)

- Lettøl Øl
Rødvin Hvitvin
Rusbrus Hetvin
Brennevin
(Vodka, gin, akevitt, cognac, whisky, likør)

20. Omtrent hvor mye vann fra springen drikker du?

- Drikker ikke noe vann fra springen
1 glass per dag eller mindre
2-3 glass per dag
4-6 glass per dag
Mer enn 6 glass per dag

21. Omtrent hvor mye melk drikker du?

- Drikker ikke melk
1 glass per dag eller mindre
2-3 glass per dag
4-6 glass per dag
Mer enn 6 glass per dag

22a. Røyker du?

- Nei Av og til Ja

Hvis AV OG TIL/JA:

22b. Hvor mange sigaretter røyker du i gjennomsnitt?

- Av og til sigaretter per uke
Daglig sigaretter per dag

23a. Bruker du snus?

- Nei Av og til Ja

23b. Hvis AV OG TIL/JA; hvilken type snus bruker du vanligvis ukentlig, og hvor mye?

(Halv boks = 0,5 Kvant boks = 0,25 Mindre enn en kvart boks = 0)

- Løssnus Porsjonssnus Miniporsjonssnus
 bokser bokser bokser

24. Hvor ofte spiser du fet fisk?

(Også som pålegg. Fet fisk er f.eks. ørret, laks, makrell og sild. Mager fisk som torsk og sei regnes ikke med)

- Aldri
Sjeldnere enn 1 gang per måned
1-3 ganger per måned
1 gang per uke
Mer enn 1 gang per uke
Vet ikke

C2. MOR – BESVARES AV ALLE

Merk at spørsmål 25 ikke gjelder de siste 3 månedene, men de siste to ukene når du svarer på dette spørsmålet.

25. Har du (barnets mor) i løpet av de siste to ukene vært plaget med noe av det følgende?

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

D. OPPLYSNINGER OM FAMILIEN

Her vil vi gjerne vite litt om mor, far og eventuelle søsken til barnet som deltar i MIDIA.

26. Har det skjedd noen endringer i forhold til barnets bosted, husdyrhold, sykdom i familien eller lignende siden dere fylte ut spørreskjema 3 (da barnet var ca. 9 måneder gammelt)?

	Nei	Ja
Barnets boligadresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor, far og barnets "samboerstatus"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husdyrhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bror eller søster i park/barnehage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes eller annen sykdom i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet som du tror har betydning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skriv inn endringer hvis JA:

Evt. ny boligadresse:

Adresse: _____

Postnummer og sted: _____

Kommune: _____

Telefonnr: _____

E. DELTAGELSE I MIDIA-PROSJEKTET

Her vil vi gjerne vite hvordan dere opplever å være med i forskningsprosjektet MIDIA.

27. Har dere **de siste 3 månedene** vært plaget av tanken på at barnet deres har økt arvelig risiko for diabetes?

	Tenker aldri på det	Tenker av og til på det	Tenker ofte på det	Tenker daglig på det
Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Hvis det er noe dere vil fortelle eller utdype, skriv nedenfor:
(Fortsett eventuelt på neste side)

29. Hvem har vært med å fylle ut spørreskjemaet?
(Kryss av for alle som har hjulpet til)

Barnets mor Barnets far
Barnets besteforeldre Andre

Hvis dere lurer på noe i forbindelse med utfyllingen av spørreskjemaet, kan dere ringe **MIDIA-prosjektet** ved Folkehelseinstituttet på telefon **23 40 82 83**, eller sende e-post til: midia@fhi.no

Tusen takk for samarbeidet så langt!