

# MIDIA Miljøårsaker til type 1 diabetes

## Spørreskjema 1 (0-3 måneders alder)

Referansenummer:

Det er fint om både mor og far kan fylle ut skjemaet sammen.

Skriv tydelig med blå eller sort penn. Ved feilavkryssinger 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 48. 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

Først vil vi gjerne vite litt om barnets vekst, helse og miljø de første tre månedene.

1a. **Har barnet noen gang hatt feber, mer enn 38° C?**

Nei     Ja

1b. **Hvis JA, antall ganger:**

Varighet 1. gang   *Antall dager*

Varighet 2. gang   *Antall dager*

Varighet 3. gang   *Antall dager*

1c. **Hvis feber, fikk barnet febernedsettende medisiner?**

(F.eks. Paracet, Panodil, Pinex)    Ja    Nei

1. gang .....    

2. gang .....    

3. gang .....    

2a. **Har barnet fått antibiotika mikstur eller dråper (penicillin eller lignende)?** (F.eks. Apocillin, Calcipen, Weifapenin, Abboticin, Ery-Max, Imacillin)

Nei     Ja

2b. **Hvis JA, hvorfor?**

\_\_\_\_\_

3a. **Hadde barnet gulsott etter fødselen?**

Nei     Ja

3b. **Hvis JA, fikk barnet lysbehandling?**

Nei     Ja

4a. **Har barnet vært innlagt på sykehus etter fødselen?**

Nei     Ja

4b. **Hvis JA, når ble barnet først innlagt?**

Dag      Måned      År  
          20

Årsak: \_\_\_\_\_

Hvilket sykehus? \_\_\_\_\_

5. **Fyll inn barnets vekt, lengde og hodeomkrets ved 3 måneders kontrollen:**

Dato for målingene:      Dag      Måned      År  
          20

Vekt i gram      Lengde i cm      Hodeomkrets i cm

     ,       ,

6. **Har barnet hatt kolikk?**

(Kolikk defineres som gråt i mer enn tre timer hver dag i mer enn tre av ukens dager)

Nei     Ja     Vet ikke

7. **Røykes det i rom hvor barnet oppholder seg?**

Nei     Av og til     Daglig

**Hvis det røykes daglig:**

Antall timer per dag: .....

8. **Deltar barnet ditt på babysvømming?**

Aldri     Av og til     Ukentlig

### B. BARNETS ERNÆRING I ALDEREN 0-3 MANEDER

9. **Hva slags melk har barnet fått i denne perioden?**

(Sett ett eller flere kryss for hver linje)

|                            | Ikke fått                | Barnets alder i uker     |                          |                          |                          |                          |                          |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                            |                          | 1-2                      | 3-4                      | 5-6                      | 7-8                      | 9-10                     | 11-12                    |
| Brystmelk .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| NAN 1 .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> |

10. **Hvor ofte fikk barnet følgende drikke?**

(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="text"/> <input type="text"/> |
| Morsmelkerstatning .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | →            | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Kokt vann .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | →            | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Vann fra springen (ikke kokt) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | →            | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Vann kjøpt på flaske .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | →            | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Barnesaft på glass/flaske .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | →            | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annen saft, sukret .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | →            | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Saft, kunstig søtet .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | →            | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annet, beskriv: _____               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | →            | <input type="text"/> <input type="text"/> |

## B. BARNETS ERNÆRING (fortsettelse)

11a. Har barnet fått tran, vitaminer eller annet kosttilskudd? Nei  Ja

11b. Hvis **JA**, kryss av for type kosttilskudd, hvor mye barnet har fått per gang og hvor ofte:

| Type kosttilskudd:       | Ikke fått                | Barnets alder i uker     |                          |                          |                          |                          |                          | Hvor mye per gang?          | Hvor ofte har barnet fått dette? (i alderen 0-3 måneder) |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                          |                          | 1-2                      | 3-4                      | 5-6                      | 7-8                      | 9-10                     | 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> 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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> dråper | <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="text"/>        | <input type="checkbox"/>                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12a. Har barnet startet med **regelmessig** fast føde? Nei  Ja

(Tyntflytende velling/drikkegrøt regnes for fast føde, mens tran, flytende vitaminer eller annet kosttilskudd regnes ikke som fast føde)

12b. Hvis **JA**,

hvilke matvarer har barnet fått **regelmessig**, og hvor ofte fikk barnet disse matvarene i alderen 0-3 måneder?

| Mattype:                             | Aldri                    | Hvor mange uker var barnet 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="text"/> <input type="text"/> uker → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/>             |
| Grøt av havre med ris og hvete ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> uker → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/>             |
| Grøt av havre .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> uker → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/>             |
| Grøt av hvete .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> uker → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/>             |
| Drikkegrøt/velling .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> uker → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/>             |
| Kokte grønnsaker .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> uker → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/>             |
| Kokte poteter .....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> uker → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/>             |
| Grøt/middag laget av råvarer         | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> uker → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/>             |
| Banan .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> uker → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/>             |
| Annet, hva: _____                    | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> uker → | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | → <input type="text"/>             |

## C1. MOR OG SVANGERSKAPET

13a. Hva var din vekt og høyde like før dette svangerskapet?

Vekt  Hele kilo

Høyde  Hele cm

13b. Hva var din vekt like før barnet ble født?

Vekt  Hele kilo

14a. Brukte du tran i løpet av svangerskapet?

Nei  Ja

14b. Hvis **JA**, hvor ofte brukte du tran?

Hver dag .....  1-2 gang per uke .....

3-6 ganger per uke  Mindre enn 1 gang per uke

15a. Brukte du annet vitamin- eller mineraltilskudd i løpet av svangerskapet?

Nei  Ja

15b. 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 du har brukt:

15c. Hvis **JA**, hvor ofte?

Hver dag .....  1-2 gang per uke .....

3-6 ganger per uke  Mindre enn 1 gang per uke

## C1. MOR OG SVANGERSKAPET (fortsettelse)

16. Hvor ofte drakk du alkohol de siste 3 månedene før svangerskapet, og hvor ofte drakk du i svangerskapet?

|                                      | Før svangerskapet        | I svangerskapet          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6-7 ganger per uke .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4-5 ganger per uke .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2-3 ganger per uke .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1 gang per uke .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1-3 ganger per måned .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sjeldnere enn 1 gang per måned ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aldri .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. Hvilken type alkohol drakk du vanligvis i dette svangerskapet? (Sett eventuelt flere kryss)

|  |                          |                            |                          |
|--|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Lettøl .....                                 | <input type="checkbox"/> | Øl .....                   | <input type="checkbox"/> |
| Rødvin .....                                 | <input type="checkbox"/> | Hvitvin .....              | <input type="checkbox"/> |
| Rusbrus .....                                | <input type="checkbox"/> | Hetvin .....               | <input type="checkbox"/> |
| Brennevin .....                              | <input type="checkbox"/> | (Sherry, portvin, madeira) |                          |
| (Vodka, gin, akevitt, cognac, whisky, likør) |                          |                            |                          |

18. Omtrent hvor mye vann fra springen drakk du vanligvis i løpet av dette svangerskapet?

|  |                          |
|--|--------------------------|
| Drakk ikke noe vann fra springen ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1 glass per dag eller mindre .....     | <input type="checkbox"/> |
| 2-3 glass per dag .....                | <input type="checkbox"/> |
| 4-6 glass per dag .....                | <input type="checkbox"/> |
| Mer enn 6 glass per dag .....          | <input type="checkbox"/> |

19. Omtrent hvor mye melk drakk du vanligvis i løpet av dette svangerskapet?

|                                       |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Drakk ikke melk i svangerskapet ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1 glass per dag eller mindre .....    | <input type="checkbox"/> |
| 2-3 glass per dag .....               | <input type="checkbox"/> |
| 4-6 glass per dag .....               | <input type="checkbox"/> |
| Mer enn 6 glass per dag .....         | <input type="checkbox"/> |

20a. Røykte du i løpet av dette svangerskapet?

Nei  Av og til  Ja   
Hvis JA:

20b. Hvor mange sigaretter røykte du i gjennomsnitt?

Før du visste om graviditeten:

|                 |                          |                          |                          |                    |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| Av og til ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sigaretter per uke |
| Daglig .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sigaretter per dag |

I graviditeten:

|                     |                          |                          |                          |                    |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <u>0-3 måneder:</u> |                          |                          |                          |                    |
| Av og til .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sigaretter per uke |
| Daglig .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sigaretter per dag |

|                     |                          |                          |                          |                    |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <u>3-6 måneder:</u> |                          |                          |                          |                    |
| Av og til .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sigaretter per uke |
| Daglig .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sigaretter per dag |

|                     |                          |                          |                          |                    |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <u>6-9 måneder:</u> |                          |                          |                          |                    |
| Av og til .....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sigaretter per uke |
| Daglig .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | sigaretter per dag |

21. Var du utsatt for passiv røyking under dette svangerskapet? (hjemme, på arbeid, etc)

|                                   |                          |                              |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1 time per uke eller mindre ..... | <input type="checkbox"/> | 2-6 timer per uke .....      | <input type="checkbox"/> |
| 1 time per dag eller mindre ..... | <input type="checkbox"/> | Mer enn 1 time per dag ..... | <input type="checkbox"/> |
| Aldri .....                       | <input type="checkbox"/> |                              |                          |

22a. Brukte du snus i svangerskapet?

Nei  Av og til  Ja

22b. Hvis **AV OG TIL/JA**; hvilken type snus brukte du vanligvis?

Løssnus  Porsjonssnus  Miniporsjonssnus

22c. Hvor mye brukte du i gjennomsnitt ukentlig i ulike deler av svangerskapet?

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

Før du visste om graviditeten:  ,   bokser

0-3 måneder:  ,   bokser

3-6 måneder:  ,   bokser

6-9 måneder:  ,   bokser

23. Hvor ofte spiste du **fet** fisk under svangerskapet?

(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 .....

24. Hadde du svangerskapsforgiftning (**preeklampsi**) eller svangerskapsdiabetes i dette svangerskapet?

(Diabetes som oppsto i svangerskapet)

Svangerskapsforgiftning .... Nei  Ja

Svangerskapsdiabetes ..... Nei  Ja

25a. Hadde du feber (**mer enn 38° C**)

i løpet av dette svangerskapet? Nei  Ja

25b. Hvis **JA**, hvor mange ganger?    *Antall ganger*

## C2. MOR ETTER SVANGER SKAPET

**BESVARES BARE AV MØDRE SOM AMMER**

Her spør vi om mors kosthold og helse de siste 3 måneder.

26a. Bruker du tran?

Nei  Ja

26b. Hvis **JA**, hvor ofte?

Hver dag .....

1-2 gang per uke .....

3-6 ganger per uke .....

Mindre enn 1 gang per uke .....

27a. Bruker du annet vitamin- eller mineraltilskudd?

Nei  Ja

27b. 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 du bruker eller har brukt:

27c. Hvis **JA**, hvor ofte?

Hver dag .....

1-2 ganger per uke .....

3-6 ganger per uke .....

Mindre enn 1 gang per uke .....

**C2. MOR ETTER SVANGER SKAPET (forts.)****BESVARES BARE AV MØDRE SOM AMMER****28a. 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 .....

**28b. Hvis du drikker alkohol, hvilken type alkohol drikker du vanligvis? (Sett eventuelt flere kryss)**

- Lettlø .....  Øl .....
- Rødvin .....  Hvitvin .....
- Rusbrus .....  Hetvin .....   
(Sherry, portvin, madeira)
- Brennevin .....   
(Vodka, gin, akevitt, cognac, whisky, likør)

**29. 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 .....

**30. 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 .....

**31a. Røyker du?**

Nei  Av og til  Ja

**Hvis JA:****31b. Hvor mange sigaretter røyker du i gjennomsnitt?**

Av og til ....  sigaretter per **uke**

Daglig .....  sigaretter per **dag**

**32a. Bruker du snus?**

Nei  Av og til  Ja

**32b. Hvis AV OG TIL/JA; hvilken type snus bruker du vanligvis ukentlig, og hvor mye?**

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

Løssnus .....  bokser

Porsjonssnus .....  bokser

Miniporsjonssnus .....  bokser

**33. 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 .....

**C3. MOR – BESVARES AV ALLE**

Merk at spørsmål 34 ikke gjelder de siste 3 månedene, men de siste to ukene når du svarer på dette spørsmålet.

**34. 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.

**35. Hva er mor og fars høyeste utdanning?**

|   | Mors høyeste utdanning   | Fars høyeste utdanning   |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9-årig grunnskole .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1-2 årig videregående .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Videregående yrkesfaglig .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3-årig videregående allmennfag .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Høgskole eller universitet, inntil 4 år ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Høgskole eller universitet mer enn 4 år     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annet mor, hva: _____                       | <input type="checkbox"/> |                          |
| Annet far, hva: _____                       |                          | <input type="checkbox"/> |

**36. Hva var arbeidssituasjonen for mor og far før mor ble gravid med dette barnet?**

|   | Mor                      | Far                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Skoleelev/student .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjemmeværende .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Yrkespraksis/lærling .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeidssøkende/permittert .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Attføring/ufør .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ansatt i offentlig virksomhet .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ansatt i privat virksomhet .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selvstendig næringsdrivende .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familie medlem uten fast lønn i familiebedrift (F.eks. gårdsbruk, forretning) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annet mor, hva: _____   | <input type="checkbox"/> |                          |
| Annet far, hva: _____   |                          | <input type="checkbox"/> |

**37. Hva var familiens (mor og/eller far) samlede årsinntekt før skatt i året før barnet ble født?**

|                          |                          |                         |                          |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Ingen inntekt .....      | <input type="checkbox"/> | Under 200.000 .....     | <input type="checkbox"/> |
| 200.000 – 399.999 .....  | <input type="checkbox"/> | 400.000 – 599.999 ..... | <input type="checkbox"/> |
| 600.000 – 799.999 .....  | <input type="checkbox"/> | 800.000 – 999.999 ..... | <input type="checkbox"/> |
| 1.000.000 eller mer .... | <input type="checkbox"/> |                         |                          |

**38. Bor barnets mor og far sammen nå?**

Nei  Ja

**39a. Har barnet samme boligadresse nå som mor hadde under størstedelen av svangerskapet?**

Nei  Ja

**39b. Hvis NEI, skriv adressen der mor bodde under størstedelen av svangerskapet:**

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnr: \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

Kommune: \_\_\_\_\_

## D. OPPLYSNINGER OM FAMILIEN (forts.)

### 40. Hva slags drikkevannskilde har familien i dag?

- Vann fra egen brønn .....
- Vann fra eget tjern eller bekk (ikke brønn) .....
- Offentlig tilkobling (offentlig vannverk) .....
- Mindre, privat vannverk .....
- Annet, beskriv: \_\_\_\_\_
- Navn på vannverk: \_\_\_\_\_

### 41. Har dere husdyr hjemme? Nei Ja

Hvis **JA**, hva slags husdyr? (Sett kryss)

- Hund .....  Katt .....  Marsvin .....
- Hamster .....  Kanin .....  Undulat o.l. ....
- Akvariefisk ..  Ku (storfe)  Gris .....
- Sau eller geit  Hest .....  Fjærkre .....
- Annet: .....  Hva? \_\_\_\_\_

## D. OPPLYSNINGER OM FAMILIEN (forts.)

### 42. Har barnet noen i nær familie (utenom foreldre eller søsken) diabetes?

Nei  Ja

|              | Dia-<br>betes            | Type 1<br>diabetes       | Vet<br>ikke              |              | Dia-<br>betes            | Type 1<br>diabetes       | Vet<br>ikke              |
|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mormor ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Morfar ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Farmor ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Farfar ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mors bror..  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mors søster  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fars bror .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fars søster  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kusine ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fetter ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 43. Hvilken etnisk gruppe (folkegruppe) tilhører dere?

|                    | Barnets                  |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                    | mor                      | far                      | morfar                   | mormor                   | farfar                   | farmor                   |                          |
| Skandinavisk ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Samisk .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pakistansk .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annen europeisk .. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis annet oppgi hva: \_\_\_\_\_

## D. OPPLYSNINGER OM FAMILIEN

### 44. Opplysninger om deltakerens (barnets) mor og far:

| Fødselsår   | Har barnets mor eller far diabetes? |                          | Hvis JA, Type 1 diabetes? |                          | Hvilket år fikk mor/far diabetes?   |                          | Har mor eller far hatt/eller har astma? |                          | Har mor eller far hatt/eller har atopisk eksem? |                          | Har mor eller far allergi i øyne/nese f.eks. høysnue? |                          | Har mor eller far andre kroniske (varige) autoimmune sykdommer. f.eks. cøliaki, thyroidea sykdom, etc? |       |
|---|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--|-------|
|   | Nei                                 | Ja                       | Nei                       | Ja                       | (Årstall)   | Nei                      | Ja                                      | Nei                      | Ja  | Nei                      | Ja  | Nei                      | Ja   | Hva:  |
| Mor (Årstall) <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"/>   | _____ |
| Far (Årstall) <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"/>   | _____ |

### 45. Hvis deltakeren (barnet) har søsken, fyll inn fødselsår og annen informasjon nedenfor:

| Fødselsår  | Kjønn:                   |                          | Samme mor som barnet     |                          | Samme far som barnet     |                          | Har han/hun diabetes?    |                          | Hvis JA, Type 1 diabetes? |                          | Hvilket år fikk han/hun diabetes? |   | Har noen av barnets søsken astma eller har hatt astma? |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---|--|--------------------------|
|  | (Årstall)                | Jente                    | Gutt                     | Nei                      | Ja                       | Nei                      | Ja                       | Nei                      | Ja                        | Nei                      | Ja                                | (Årstall)   | Nei  | Ja                       |
| Søsken nr. 1 (Årstall) <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"/> |
| Søsken nr. 2 (Årstall) <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"/> |
| Søsken nr. 3 (Årstall) <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"/> |
| Søsken nr. 4 (Årstall) <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"/> |
| Søsken nr. 5 (Årstall) <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"/> |
| Søsken nr. 6 (Årstall) <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"/> |

|              | Har noen av barnets søsken atopisk (barne-) eksem/hatt atopisk eksem? |                          | Har noen av barnets søsken allergi i øyne/nese (f.eks. høysnue) eller har de hatt allergi? |                          | Har noen av barnets søsken cøliaki? |                          | Har noen av barnets søsken andre kroniske (varige) sykdommer? |                          | Går noen av barnets søsken i barnehage eller park nå for tiden? |                          |                          |
|--------------|---|--------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
|              | Nei   | Ja                       | Nei  | Ja                       | Nei                                 | Ja                       | Nei   | Ja                       | Hva:  | Nei                      | Ja                       |
| Søsken nr. 1 | <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"/> |
| Søsken nr. 2 | <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"/> |
| Søsken nr. 3 | <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"/> |
| Søsken nr. 4 | <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"/> |
| Søsken nr. 5 | <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"/> |
| Søsken nr. 6 | <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"/> |

## E. DELTAKELSE I MIDIA-PROSJEKTET

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

46a. Har dere 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"/> |

46b. Føler dere at dere har fått tilstrekkelig informasjon om MIDIA-prosjektet? (utdyp gjerne under punkt 48)

|     | Nei                      | Ja                       | Vet ikke                 |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Far | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis **NEI**, ønsker dere at vi ringer dere opp igjen?

Nei  Ja

46c. Har dere kontaktet MIDIA for å stille spørsmål om prosjektet eller om diabetes generelt?

Nei

Ja, for å stille spørsmål om MIDIA-prosjektet

Ja, for å stille spørsmål om diabetes generelt

46d. Hvis **JA**, er dere fornøyd med informasjonen dere har fått når dere har kontaktet MIDIA? (utdyp gjerne under punkt 48)

Nei

Ja, ganske fornøyd  Ja, helt fornøyd

47. Hvis dere har flyttet siden dere signerte samtykkeskjemaet, skriv den nye adressen nedenfor:

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnummer og -sted: \_\_\_\_\_

Kommune: \_\_\_\_\_

Telefonnr: \_\_\_\_\_

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

49. 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](mailto:midia@fhi.no)

**Tusen takk for samarbeidet så langt!**