

# MIDIA Miljøårsaker til type 1 diabetes

## Spørreskjema 2 (3-6 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

I helsestasjonskortet finner du barnets vekt, lengde og hodeomkrets ved 6 måneders alder.

1a. Skriv dato målene ble tatt: (siste måling)

Dag Måned År  
    20

1b. Fyll inn barnets vekt, lengde og hodeomkrets:

Vekt i gram Lengde i cm Hodeomkrets i cm  
      ,    ,

2a. Har barnet vært innlagt på sykehus i alderen 3-6 mnd?

Nei  Ja

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

(Hvis flere innleggelser, 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 3-6 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"/>	_____

\* F.eks. Paracet, Panodil, Pinex. (Hvis barnet har hatt feber mer enn 3 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 3-6 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 3-6 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 3-6 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"/>
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"/>

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. Ønsker dere at barnet skal få de vaksinene som anbefales til barn i Norge?

Nei, ingen  Ja, noen  Ja, alle vaksiner

7b. Kryss av hvilke vaksiner barnet har fått (3-6 mnd):

(Bruk helsestasjonskortet til å krysse av)

Ikke fått noen vaksine .....

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: \_\_\_\_\_

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

Nei  Ja

Hvis JA, beskriv: \_\_\_\_\_

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

Nei  Ja

8a. Har barnet brukt andre medisiner enn antibiotika og febernedsettende i alderen 3-6 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 halvår? .....  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"/>

11. Deltar barnet på babysvømming?

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 3-6 måneder.

### 13. Hva slags melk har barnet fått hittil ?

(Sett ett eller flere kryss for hver linje)

	Ikke fått	Barnets alder i måneder		
		3-4	4-5	5-6
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 1 .....	<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	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Kokt vann .....	<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"/>

### 15a. Har barnet fått tran, vitaminer eller annet kosttilskudd? 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 3-6 måneder)			
		3-4	4-5	5-6		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)

16a. 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)

16b. Hvis **JA**, hvilke matvarer har barnet fått **regelmessig**, og hvor ofte fikk barnet disse matvarene i alderen 3-6 mnd?

Mattype:	Aldri	Hvor mange måneder 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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"/>	<i>mndr</i> → <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 (forsettelse)

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

- Lettøl .....  Øl .....   
Rødvinn .....  Hvitvinn .....   
Rusbrus .....  Hetvinn .....   
Brennevinn .....  (Sherry, portvinn, madeira)  
(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 kvant 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 1 (da barnet var ca. 3 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. DELTAKELSE I MIDIA-PROSJEKTET

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

27a. 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"/>

27b. Føler dere at dere har fått tilstrekkelig informasjon om prosjektet MIDIA? (utdyp gjerne under punkt 28)

	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

27c. 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 .....

27d. Hvis **JA**, er dere fornøyd med informasjonen dere har fått når dere har kontaktet MIDIA?

(utdyp gjerne under punkt 28)

Nei

Ja, ganske fornøyd  Ja, helt fornøyd

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](mailto:midia@fhi.no)

**Tusen takk for samarbeidet så langt!**