

# MIDIA Miljøårsaker til type 1 diabetes

## Spørreskjema 5 (1-2 års 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 20. 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 og lengde ved 2 års alder:  
 (helst målt på helsestasjon)

Dag Måned År  
 Dato for målingene:     20    
 Vekt i kg Lengde i cm  
  ,

2a. Har barnet vært innlagt på sykehus i alderen 1-2 år?

Nei  Ja

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

(Hvis flere innleggelser, skriv dato for innleggelse og årsak under punkt 20)

Dag Måned År  
 Dato for innleggelse:     20

Årsak: \_\_\_\_\_

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

3a. Har barnet hatt feber (mer enn 38° C) i alderen 1-2 år? Nei  Ja

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

Fyll ut:	Start dato			Varighet i dager	Fikk barnet febernedsettende medisiner? *		→	Hvis JA:	
	Dag	Mnd	År		Nei	Ja		Antall ganger	Skriv navn/type:
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 20)

4. Har barnet hatt forkjølelse eller vært dårlig med oppkast/diaré i alderen 1-2 år?

(Dersom barnet har hatt forkjølelse eller oppkast/diaré mer enn 3 ganger kan dere skrive under punkt 20)

**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 1-2 år?

	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 med 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"/>	_____

## A. BARNETS VEKST, HELSE OG MILJØ (fortsettelse)

### 5. Har barnet hatt følgende sykdom eller helseproblem i alderen 1-2 år?

	Hvis JA, ble dette bekreftet av lege?			Hvis JA, fikk barnet medisiner for dette?		
	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Ja	Nei Ja Skriv navn/type:
Barneeksem/atopisk eksem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen eksem, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen allergi, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma .....	<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"/>

6a. Har barnet fått antibiotika mikstur eller dråper (penicillin eller lignende) i alderen 1-2 år? Nei  Ja   
*(F.eks. Apocillin, Calcipen, Weifapenin, Abbotcin, Ery-Max, Imacillin)*

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

*(Hvis barnet fikk antibiotika flere enn 3 ganger, skriv informasjon om varighet, start og sluttdato og årsak under punkt 20)*

### 6c. Hvis JA, fyll ut:

	1. gang			2. gang			3. gang		
	Dag	Mnd	År	Dag	Mnd	År	Dag	Mnd	År
Startdato	<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"/>
Sluttdato	<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"/>
<b>Hva var årsaken?</b>									
Ørebetennelse .....	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Halsbetennelse .....	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Bronkitt/lungebetennelse .....	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Hudutslett .....	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Annen årsak, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

### 7a. Kryss av for hvilke vaksiner barnet har fått i alderen 1-2 år: *(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 B) .....

Annen vaksine .....

Hvis annen vaksine, beskriv: \_\_\_\_\_

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

Nei  Ja

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

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

Nei  Ja

### 8a. Har barnet brukt andre medisiner enn antibiotika og febernedsettende i alderen 1-2 år?

*(Gjelder også naturmedisiner)*

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 20)*

### 8c. 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

### 10a. Har dere vært i utlandet med barnet mens det var mellom 1 og 2 år? ..... 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"/>

*(Hvis flere opphold, notér under pkt. 20 barnets alder, hvor dere var, hvor lenge og om forholdene på stedet)*

### 11a. Deltar barnet på babysvømming/bader i offentlig svømmebasseng?

Aldri  Av og til  Ukentlig

### 11b. Leker barnet ute?

Sjelden  Ukentlig  Daglig

### 12a. Hvor passes barnet på dagtid (alder 1-2 år)?

Hjemme med mor/far/annet familiemedlem ...

Hjemme med dagmamma, praktikant .....

Hos dagmamma/familiebarnehage .....

Barnehage .....

Annet, beskriv: \_\_\_\_\_

### 12b. Hvor mange barn er barnet sammen med daglig *(inkludert søsken)*? .....

## B. BARNETS ERNÆRING

Her vil vi gjerne vite litt om barnets ernæring i alderen 1-2 år.

13. Hva slags melk har barnet fått i alderen 1-2 år (12-24 måneder)?  
(Sett ett eller flere kryss for hver linje)

	Ikke fått	Barnets alder i måneder					
		12-14	14-16	16-18	18-20	20-22	22-24
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 2 .....	<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"/>
H-melk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra lett melk .....	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Annen melk/morsmelkerstatning, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
Brystmelk .....	<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"/>
H-melk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Lettmelk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Ekstra lett melk .....	<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"/>
Yoghurt/Biola, tilsatt frukt/bær .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Sjokomelk o.l. beskriv: _____	<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"/>
Vann fra springen (ikke til saft/grøt o.l.) .....	<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"/>
Saft/nektar/leskedrikk, sukret .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Saft/nektar/leskedrikk, kunstig søtet .....	<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"/>
Brus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Lettbrus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Annet 1, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Annet 2, beskriv: _____	<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 1-2 år? 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 1-2 år)			
		12-14	14-16	16-18	18-20	20-22	22-24		Daglig	3-6 g. per uke	1-2 g. per uke	Under 1 g. 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="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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanasol .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Multi vitaminmikstur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilket: \_\_\_\_\_

## B. BARNETS ERNÆRING (fortsettelse)

16a. Hvilke matvarer har barnet fått **regelmessig**, og hvor ofte fikk barnet disse matvarene i alderen 1-2 år?

(Tyntflytende velling/drikkegrøt regnes for fast føde)

Notér barnets alder kun der barnet har begynt med nye matsorter etter fylt 1 år.

Mattype:	Aldri	Barnets alder da det startet?		mndr →	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				
Brød med leverpostei .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Brød med kjøttpålegg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Brød med fet fisk (f.eks sardin, makrell) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Brød med brunost/prim .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Brød med annen ost .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Brød med syltetøy/honning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Brød med sjokolade-/nøttepålegg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Annet pålegg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Rent kjøtt, kjøttgryter, pølser, kjøttkaker og lignende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Fet fisk (makrell, laks, ørret, sild) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Annen fisk og fiskeprodukter (fiskeboller, fiskepudding) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Egg, kokt, stekt, eggerøre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Barnegrøt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Havregrøt, risgrøt og lignende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Pannekaker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Poteter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Pasta, spaghetti/nudler .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Ris .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Pizza .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Erter, bønner, linser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Andre kokte grønnsaker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Rå grønnsaker, salat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Frukt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Rosiner eller annen tørket frukt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Søt kjeks .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Kaker, vafler, boller .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Desserten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Is, fløteis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Is, saftis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Sjokolade .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Smågodt, seigmenn o.l. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Potetgull og lignende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>
Annet 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"/>
Annet 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"/>
Annet 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"/>
Annet 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"/>
Hvor ofte lages middagen av råvarer (ikke halvfabrikata) .....	<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)

### 16b. BRØDVANER

Hvor mange skiver brød/knekkebrød spiser barnet daglig (tilsammen)? Antall skiver

Hvor grovt er brødet barnet vanligvis spiser?

Fint brød (loff) .....

Mellomgrovt (kneipp o.l.) ....

Grovbrød (fiberkneipp o.l.) ...

Grovbrød (hjemmebakt) .....

Knekkebrød .....

Brukes det vanligvis smør/margarin på brødet?

Nei  Ja

Hvis **JA**, hvilken type smør/margarin benyttes?

Smør .....

Margarin .....

Lettmargarin .....

Annet .....

Hvis "annet" – beskriv:

## C. MOR

Merk at spørsmål 17 ikke gjelder det siste året, men de siste to ukene når du svarer på dette spørsmålet.

17. 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.

18. Har det skjedd noen endringer i forhold til barnets bosted, husdyrhold, sykdom i familien eller lignende siden dere fylte ut spørreskjema 4 (da barnet var ca. 1 år 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: \_\_\_\_\_

**Fortsettelse på neste side!**

## E. DELTAGELSE I MIDIA-PROSJEKTET

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

19. Har dere **det siste året** 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"/>

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

21. 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!**