

MIDIA Miljøårsaker til type 1 diabetes

Spørreskjema 8 (4-5 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. **Noter 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 målt ved 5 års alder:

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

2a. Har barnet vært innlagt på sykehus i alderen 4-5 år?

Nei Ja

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

Hvis flere innleggelse, skriv dato for innleggelse og årsak under punkt 20.

Dag Måned År
 Dato for innleggelse: 20

Årsak: _____

Hvilket sykehus? _____

3a. Har barnet hatt feber (mer enn 38° C) i alderen 4-5 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	Hvilken type (navn):
1. gang	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20 <input type="text"/> <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="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="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="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="text"/>	_____

* F.eks. Paracet, Panodil, Pinex. Hvis barnet har hatt feber mer enn 4 ganger, skriv informasjon om dato, varighet og medisiner under punkt 20.

4. Har barnet hatt forkjølelse eller vært dårlig med oppkast/diaré i alderen 4-5 år?

Dersom barnet har hatt forkjølelse eller oppkast/diaré mer enn 3-4 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
 4. 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 4-5 år?

	Nei			Hvis JA, ble dette bekreftet av lege?		Hvis JA, fikk barnet medisiner for dette?		
	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Skriv type:
Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Øyekatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

A. BARNETS VEKST, HELSE OG MILJØ (fortsettelse)

5. Har barnet hatt følgende sykdom eller helseproblem i alderen 4-5 år?	Hvis JA, ble dette bekreftet av lege?			Hvis JA, fikk barnet medisiner for dette?				
	Nei	Vet ikke	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Skriv type:
Barneeksem/atopisk eksem	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Astma	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

6a. Har barnet fått antibiotikamikstur eller dråper (penicillin eller lignende) i alderen 4-5 år?

F.eks. Apocillin, Calcipen, Weifapenin, Abboticin, Ery-Max, Imacillin.

Nei Ja Vet ikke

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

Hvis barnet fikk antibiotika mer enn 3 ganger, vær snill å skrive informasjon om varighet, start-/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"/>

Hva var årsaken?

Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>
Halsbetennelse	<input type="checkbox"/>	Halsbetennelse	<input type="checkbox"/>	Halsbetennelse	<input type="checkbox"/>
Bronkitt/lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	Bronkitt/lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	Bronkitt/lungebetennelse	<input type="checkbox"/>
Hudutslett	<input type="checkbox"/>	Hudutslett	<input type="checkbox"/>	Hudutslett	<input type="checkbox"/>
Annen årsak, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	Annen årsak, beskriv _____	<input type="checkbox"/>	Annen årsak, beskriv _____	<input type="checkbox"/>

7a. Kryss av dersom barnet har fått vaksiner i alderen 4-5 år:

Bruk helsestasjonskortet når du krysser av.

DTP (Difteri, stivkrampe, kikhoste)	<input type="checkbox"/>
DT (Difteri, stivkrampe)	<input type="checkbox"/>
Polio – Hib (Hemophilus influenza)	<input type="checkbox"/>
MMR (Meslinger, kusma og røde hunder)	<input type="checkbox"/>
Engerix-B (Hepatitt B)	<input type="checkbox"/>
PKV (Pneumokokk).....	<input type="checkbox"/>
Annen vaksine	<input type="checkbox"/>

Hvis andre vaksiner, beskriv: _____

7b. Hvis barnet har fått noen vaksiner i alderen 4-5 år, fikk han/hun alvorlige bivirkninger av vaksineringen?

Nei Ja

Hvis JA, beskriv: _____

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

Nei Ja

8a. Har barnet brukt andre medisiner enn antibiotika og febernedsettende i alderen 4-5 år?

Gjelder også naturmedisiner.

Nei Ja

8b. Hvis JA, hva het medisinene:

Hvis flere ganger, noter medisinnavn under punkt 20.

Beskriv type/navn: _____

8c. Hvis JA, når?

	Dag	Måned	År
Fra dato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Til dato	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bruker fortsatt: Nei Ja

Årsak til medisinbruk; beskriv; *Hvis flere ganger, noter start-/sluttdato og årsak under punkt 20, evt. eget ark.*

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 4 og 5 år?

Nei Ja

10b. Hvis JA, hvor var dere?

Norden	Europa	Afrika	Asia	Nord-Amerika	Sør-Amerika	Australia	Oseania
<input type="checkbox"/>	<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? Ant. 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, noter under punkt 20 barnets alder, hvor dere var, hvor lenge og om forholdene på stedet.

A. BARNETS VEKST, HELSE OG MILJØ (fortsettelse)

11a. Bader barnet i offentlig svømmebasseng?

- Aldri 1-5 ganger i året
6-11 ganger i året ... 1-3 ganger i måneden
1 gang i uken eller oftere

11b. Leker barnet ute?

- Sjelden Ukentlig Daglig

11c. Hvor mange timer per dag pleier barnet å se på TV og/eller sitte foran PC'en/Play Station? *Sett kryss.*

- Aldri/sjelden Mindre enn ½ time per dag
½ - 1 time per dag 2-3 timer per dag
4 timer per dag Mer enn 4 timer per dag

12a. Hvor har barnet vanligvis oppholdt seg på dagtid i alderen 4-5 år?

- 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 daglig (inkludert søsken)?

B. BARNETS ERNÆRING

Her vil vi gjerne vite litt om barnets ernæring i alderen 4-5 år.

13. Hvor ofte har barnet fått følgende drikke i alderen 4-5 år? *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
H-melk	<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"/>
Skummet melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ekstra lett melk med/uten smak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Biola, alle typer produkter, naturell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Biola, alle typer produkter med frukt/bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Yoghurt og andre surmelkstyper (ikke Biola), naturell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Yoghurt og andre surmelkstyper (ikke Biola), tilsatt frukt/bær	<input type="checkbox"/>	<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"/> <input type="checkbox"/>
Vann fra springen (ikke til saft, grøt og lignende)	<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"/>
Saft/nektar/leskedrikk, sukret	<input type="checkbox"/>	<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"/> <input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<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"/> <input type="checkbox"/>
Lettbrus	<input type="checkbox"/>	<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"/> <input type="checkbox"/>
Annet 2, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

B. BARNETS ERNÆRING (fortsettelse)

14a. Har barnet fått tran, vitaminer eller annet tilskudd i alderen 4-5 år? Nei Ja

14b. Hvis JA, kryss av for type kosttilskudd og hvor ofte barnet har fått dette i alderen 4-5 år.

	Hvor mye per gang?	Hvor ofte har barnet fått dette i alderen 4-5 år?			
		Daglig	3-6 ganger per uke	1-2 ganger per uke	Mindre enn 1 gang per uke
Tran	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biovit (multivit.).....	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sana-sol (multivit.).....	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nycoplus Multi vitaminmikstur	<input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nycoplus Multi barn tabletter	<input type="checkbox"/> tabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluortabletter (ikke tannkrem)	<input type="checkbox"/> tabletter	<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"/>
Annet 2: _____	<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"/>

15. Hvor ofte har barnet fått følgende mat i alderen 4-5 år? *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
Brød med leverpostei	<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Brød med sjokolade-/nøttepålegg e.l	<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"/>
Usøtete kornblandinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
(4-korn, All-Bran Flakes og lignende)						
Søtet müsli og müsli med tørket frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Annen frokostblanding, type: _____	<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Pannekaker	<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)

15. Hvor ofte har barnet fått følgende mat i alderen 4-5 år? *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
Poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pasta, spaghetti/nudler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Pizza, wraps, tacos, tortilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Erter, bønner, linser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Andre kokte grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Rå grønnsaker, salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Rosiner eller annen tørket frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Søt kjeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Kaker, vafler, boller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Desserter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Is, fløteis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Is, saftis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sjokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Smågodt, seigmenn, annet godteri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Potetgull og liknende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Annet 1: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Annet 2: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Annet 3: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Annet 4: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Annet 5: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>
Hvor ofte lages middagen av råvarer? <i>(ikke halvfabrikata)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="text"/> <input type="text"/>

16. BRØDVANER

Hvor mange skiver brød/knekkebrød spiser barnet daglig (til sammen)? *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

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 7 (da barnet var ca. 4 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 eventuelle andre endringer hvis **JA**:

Evt. ny boligadresse:

Adresse: _____

Postnummer og sted: _____

Kommune: _____

Telefonnr: _____

E. DELTAGELSE I MIDIAPROSJEKTET

Her vil vi gjerne vite hvordan dere opplever det å være med i et forskningsprosjekt som 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 eget ark.*

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 **21 07 82 83**, eller sende e-post til: midia@fhi.no

Tusen takk for samarbeidet så langt!