

# Den norske **mor og barn**-undersøkelsen



## Spørreskjema om influensa og vaksiner - Barn

+

+

**Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor er det viktig**

- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss for det svaret som er riktig.
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å trykke på ruten.
- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall, legger du inn et null i den første ruten.

**Dette skjemaet skal ikke brukes til utfylling. Ta kontakt med oss på morbarn@fhi.no eller tlf 53 20 40 40 hvis du trenger skjema.**

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2010)

### Spørsmål om influensasykdom

**1. Har barnet i løpet av de siste 12 månedene hatt svineinfluensa eller annen influensalignende sykdom?**

- Nei  Ja  Vet ikke

Hvis 'nei' gå til til **spm. 10** (Sykdommer som gir økt risiko)

**2. Når hadde barnet influensa?**

Måned

År

**3. Oppsøkte dere lege?**

- Nei  Ja

Hvis ja,

Nei Ja Vet ikke

Ble det tatt neseprøve av barnet? .....

Ble det tatt blodprøve av barnet? .....

**4. Bekreftet prøven(e) at barnet hadde:**

Nei Ja Vet ikke

Svineinfluensa .....

Vanlig sesonginfluensa .....

**5. Hvor sykt var barnet?**

- Nesten ikke syk  
 Ganske syk, lå i flere dager  
 Veldig syk

**6. Ble barnet innlagt på sykehus i forbindelse med influensa?**

- Nei  Ja

Hvis ja, hvilket sykehus?

\_\_\_\_\_

**7. Hvor lenge var barnet sykt?**

- 1-2 dager  
 3-5 dager  
 Mer enn 5, antall dager:   
 Vet ikke

**8. Hvis barnet hadde influensa, kryss av for hvilke symptomer barnet hadde og hvor mange dager de varte?**

(Du kan krysse av for flere symptomer.)

	Antall dager med symptomer		
	1-2	3-5	Mer enn 5
<input type="checkbox"/> Hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tett i nesa/ rennende nese .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vondt i halsen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hoste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Tung i pusten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Brystmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forts. neste side

+	Antall dager med symptomer		
	1-2	3-5	Mer enn 5
<input type="checkbox"/> Feber under 39.0 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Feber på 39.0 eller høyere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Feber (ikke målt) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Feberkramper .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andre kramper .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Leddsmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Muskelsmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oppkast, diare .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ørebetennelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lungebetennelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv \_\_\_\_\_

#### 9. Ble barnet utmattet etter svineinfluensa/ influensa?

Nei

Ja, antall uker varighet

--	--

Ja, er fortsatt utmattet

+

#### 10. Har barnet en sykdom/tilstand som gjør at det er i en risikogruppe for influensa? (Du kan sette flere kryss)

Nei Ja

Astma

Annen lungesykdom

Diabetes type 1

Diabetes type 2

Alvorlig overvekt

Hjerte-/karsykdom

Nyresykdom

Nedsatt immunforsvar

Annen tilstand,

Beskriv:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 11. Har ditt barn et syndrom eller kromosomfeil eller er det mistanke om det?

Nei  Ja

Hvis ja, skriv navn på tilstand eller beskriv barnets problem

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 12. Har ditt barn en utviklingsforsinkelse som har ført til kontakt med en fagperson?

Nei  Ja

Hvis ja, skriv navn på tilstand eller beskriv barnets problem

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 13. Har barnet søsken som har hatt svineinfluensa

Nei  Ja  Vet ikke  Har ikke søsken

## Spørsmål om medisiner

#### 14. Har barnet brukt medisiner mot influensa i løpet av de siste 12 måneder?

+

Nei  Ja  Vet ikke

Hvis ja, kryss av for hvilken type medisin, og hvor lenge barnet brukte medisinen.

+

Tamiflu .....

Antall dager brukt  
1-5 6-10 mer enn 10

Relenza .....

Navn på medisin

Febersenkende medisiner: \_\_\_\_\_

Antibiotika: \_\_\_\_\_

Annen medisin på resept: \_\_\_\_\_

Annen medisin uten resept: \_\_\_\_\_

+

**15. Ble medisinen brukt fordi barnet var sykt, eller for å forebygge sykdom?**

- Fordi barnet hadde influensa/svineinfluensa  
 Forebyggende

**17. Har barnet brukt andre medisiner de siste 12 månedene?**

- Nei  Ja  Husker ikke

Hvis ja, fyll ut navn på medisin

	+	Fast	Ved behov
Medisin 1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin 2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin 3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin 4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**18. Bruker barnet vitaminer/kosttilskudd?**

- Nei  Ja

Hvis ja, sett kryss og angi navn på preparatet

	+
<input type="checkbox"/> Tran _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annen omega-3 _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Multivitamin/mineral _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annet vitamin-/kosttilskudd _____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annet vitamin-/kosttilskudd _____	<input type="checkbox"/>

**19. På en skala fra 0 til 10, hvor bekymret har du vært for at svineinfluensa kan være farlig for barnet?**



## Spørsmål om vaksiner

**20. Er barnet vaksinert mot svineinfluensa?**

- Nei  Ja  Vet ikke

+

Hvis nei, hvorfor ikke? (Du kan sette flere kryss.)

- Var redd for bivirkninger
- Ønsker at barnet skal ha et naturlig immunforsvar
- Ekspertene var uenige om vaksinen
- Helsepersonell frarådet vaksine
- Hadde ikke tillit til vaksinen
- Prinsipielt motstander av vaksiner
- Barnet har hatt svineinfluensa
- Tror ikke svineinfluensa er så farlig for barnet
- Annet, beskriv \_\_\_\_\_

Hvis ja, hvorfor? (Du kan sette flere kryss.)

- Svineinfluensa kan være en alvorlig sykdom
- Fordi helsepersonell gav råd om å vaksinere barnet
- Fordi barnet er i en risikogruppe for svineinfluensa
- På grunn av barnets alder
- Så ikke barnet skulle smitte andre
- Det ble arrangert en vaksinasjonsdag
- Annet, beskriv \_\_\_\_\_

+

21. På en skala fra 0 til 10, hvor enig er du i at du har fått god informasjon om vaksine mot svineinfluensa? +

Helt uenig            Helt enig

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. På en skala fra 0 til 10, hvor bekymret er du for at svineinfluensavaksinen kan være farlig for barnet?

Svært lite bekymret            Svært bekymret

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Hvis barnet har fått svineinfluensavaksinen, fikk barnet bivirkninger?

- Nei  
 Ja  
 Vet ikke

Hvis ja, hvor lenge etter vaksinasjonen startet bivirkning(e)?

- Før 30 minutter  
 30 minutter -12 timer  
 13 – 23 timer  
 1 – 3 døgn  
 Etter 3 døgn  
 Vet ikke

+

+

Hvis barnet fikk bivirkninger, hvilke symptomer og hvor lenge varte det?

	Antall dager med bivirkninger		
	0-2 dager	3-5 dager	Mer enn 5 dager
<input type="checkbox"/> Smerter, hevelse i armen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Feber .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Besvimelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Utslett andre steder på kroppen enn rundt stikkstedet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kvalme, oppkast.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Influensafølelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Allergisk reaksjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anafylaktisk reaksjon (allergisk sjokk) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kramper .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Endret smaksopplevelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andre bivirkninger, .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv \_\_\_\_\_

24. Kontaktet dere lege på grunn av bivirkningene?

- Nei  
 Ja

+

25. Ble barnet lagt inn på sykehus på grunn av bivirkningene?

- Nei  Ja

Hvis ja, hvilket sykehus?

\_\_\_\_\_

26. Ble barnet utmattet etter vaksinen?

- Nei  
 Ja, antall uker varighet   
 Ja, er fortsatt utmattet

27. Har barnet vært innlagt på sykehus av annen årsak enn influensa/influensavaksine de siste 12 måneder?

- Nei  Ja

Hvis ja, hvilket sykehus?

\_\_\_\_\_

Hvis ja, hva var årsaken?

\_\_\_\_\_

28. Har barnet fått de vaksiner som er tilbudt gjennom barnevaksinasjonsprogrammet?

- Nei  
 Ja  
 Vet ikke

+

**29. Har barnet fått andre vaksiner enn det som blir tilbudt gjennom barnevaksinasjonsprogrammet de siste 12 månedene (f.eks ved utenlandsreiser)?**

- Nei  
 Ja  
 Vet ikke

+

**30. Har barnet fått vaksine mot vanlig sesonginfluensa i løpet av de siste 12 månedene?**

- Nei  
 Ja  
 Vet ikke

**31. Har barnet fått bivirkninger etter andre vaksiner enn svineinfluensavaksinen?**

- Nei  
 Ja

Hvis ja, oppsøkte dere lege for dette?

- Nei  
 Ja

+

**32. Er barnet allergisk mot egg?**

- Nei  
 Ja, lett allergi  
 Ja, alvorlig allergi  
 Ja, har hatt allergisk sjokk (anafylaktisk reaksjon)  
 Vet ikke

+

**33. Har barnet annen allergi?**

- Nei  
 Ja

Hvis ja, hva slags allergi har barnet?

- Pollenallergi/høysnue  
 Dyrehårsallergi  
 Matvareallergi  
 Annet, beskriv \_\_\_\_\_

**34. Har barnet noen gang hatt allergisk sjokk/anafylaktisk reaksjon?**

- Nei  
 Ja

**35. I løpet av de siste 12 månedene: Har barnet hatt noen av disse symptomene eller helseplagene?**

	Nei	Ja	Antall ganger siste 12 mndr.
1. Tetthet/piping/hvesing i brystet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Nattdlig hoste uten forkjølelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Tetthet/piping i brystet under eller etter fysisk aktivitet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Rennende nese uten forkjølelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. Kløe/renning fra øyne uten forkjølelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6. Kløende utslett som har kommet og gått i minst 6 måneder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

+

+

