

+

Spørreskjema om svangerskap og helse

+

Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor er det viktig å bruke blå eller sort kulepenn og skrive tydelig.

- I de små avkrysningsboksene setter du *et kryss* for det svaret som du mener passer best, slik:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik:
- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall, bruker du den høyre ruten. *Eksempel: 5 skrives slik*

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

 dag

**Dette skjemaet skal ikke brukes til utfylling.
Ta kontakt med oss på norflu@fhi.no eller
tlf 53 20 40 40.**

Om dette svangerskapet

1. Oppgi datoen for første blødningsdag i din siste menstruasjon

 dag måned år

2. Hvor mye veide du da du ble gravid, og hvor mye veier du nå (i hele kg)?

Da jeg ble gravid: kg Nå: kg

3. Hvor høy er du?

 cm

+

4. Hvor høy (ca.) er barnets far?

 cm

5. Hvor mye (ca.) veier barnets far (i hele kg)?

 kg

6. Hva var blodtrykket ditt ved første svangerskapskontroll?
(Se i helsekortet ditt)

/

 Eks. 150 / 95

7. Har jordmor eller lege sagt på svangerskapskontroll at du har/har hatt høyt blodtrykk i dette svangerskapet?

- Nei
 Ja

+

8. Hvis ja, hvor høyt var det på det høyeste i dette svangerskapet?
(Se i helsekortet ditt)

/

 Eks. 150 / 95

9. Har du hatt blødninger fra skjeden i løpet av dette svangerskapet?

- Nei
 Ja

10. Hvis ja, kryss av for når du hadde blødninger og om du oppsøkte lege eller jordmor på grunn av det? (Du kan krysse av for flere perioder.)

Svangerskapsuke	Hadde blødninger	Oppsøkte lege/jordmor	
		Nei	Ja
0-8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hva var årsaken til at du blødde?

- Vet ikke
 Morkaken for langt nede/placenta previa
 For tidlig løsning av morkaken
 Truende abort/for tidlig fødsel
 Sår på livmorhalsen, slimhinneblødning
 Etter samleie
 Annen årsak

+

Om bruk av medisiner, vitaminer og kost-tilskudd

20. Hvis du har brukt medisiner i løpet av svangerskapet, vennligst oppgi navn på medisinen og når du har brukt det. Ta med alle slags medisiner, både på resept og uten resept, også naturpreparater og alternativ medisin.

+

Navn på medisiner	siste 4 uker før sv.skap	I svangerskapsuke					
		0-8	9-12	13-20	21-28	29-34	35+
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<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"/>

+

+

21. Kryss av om du har brukt vitaminer eller kost-tilskudd de siste måneder. Oppgi navn på preparatet og når du har brukt det. Ta med alle slags kost-tilskudd, også naturpreparater og alternative medisiner.

Navn på preparat	siste 4 uker før sv.skap	I svangerskapsuke					
		0-8	9-12	13-20	21-28	29-34	35+
<input type="checkbox"/> 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"/> (Annen) Omega-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"/> Folat (egne tablett 0,4 mg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Multivitamin/mineral	<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	<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om arbeid og livsstil

22. Hvilken utdannelse har du og barnets far? (Sett kun ett kryss for den høyeste utdannelsen dere har fullført. Kryss også av for den utdannelsen dere eventuelt holder på med.)

	Deg		Barnets far	
	Fullført	Holder på med	Fullført	Holder på med
1. 9-årig grunnskole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 1-2-årig videregående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Videregående yrkesfaglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 3-årig videregående allmennfaglig, gymnas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Distriktshøyskole, universitet inntil 4 år (<i>bachelorgrad, sykepleier, lærer, ingeniør</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Universitet, høyskole, mer enn 4 år (<i>mastergrad, hovedfag, embetseksamen</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annen utdannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Hva var arbeidssituasjonen for deg og barnets far da du ble gravid?

(Sett eventuelt flere kryss.)

	Deg	Barnets far
1. Lønnet arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Student/skole-elev	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. I permisjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sykemeldt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hjemmeværende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Trygdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

24. Har du vært helt eller delvis sykemeldt hittil i svangerskapet?

- Nei
 Ja

+

25. Hvis ja, hvor mange dager til sammen?

Sykemeldt 50 – 100 %	<input type="text"/>	Antall dager
Sykemeldt mindre enn 50 %	<input type="text"/>	Antall dager

Spørsmål om nåværende arbeidssituasjon besvares av alle som har inntektsgivende arbeid, selv om de midlertidig er fraværende fra dette pga. sykdom, permisjon eller lignende.

26. Beskriv virksomheten på nåværende arbeidsplass eller tjenestested så nøyaktig som mulig. (Skriv f.eks. sykehusavdeling for barn med kreft, karosseriavdeling på verksted for dieselmotorer, gårdsbruk med korn og gris, hjemmearbeid.)

27. Yrke/tittel på dette arbeidsstedet?

(Skriv f.eks. avdelingssykepleier, biloppretter, formann, adjunkt, elev, spesialarbeider, renholdsassistent, hjemmевærende.)

Deg	Barnets far

+

28. Hvor mange personer er det i husholdningen?

(Tell med deg selv.)

Antall personer over 18 år	<input type="text"/>
Antall personer 12-18 år	<input type="text"/>
Antall personer 6-11 år	<input type="text"/>
Antall personer under 6 år	<input type="text"/>

29. Hvor mange av barna går i barnehage?

 barn

+

30. Hvilken sivilstand har du nå?

- Gift
 Samboer
 Enslig

31. Har du eller barnets far et annet morsmål enn norsk?

- Nei
 Ja, jeg selv, morsmål _____
 Ja, barnets far, morsmål _____

32. Hvor ofte er du så fysisk aktiv (i fritid eller på arbeid) nå for tiden at du blir andpusten eller svett?

	I fritiden	På arbeid
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre enn en gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang pr uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Har du noen gang røykt?

- Nei
 Ja

+

34. Røyker du nå (etter at du ble gravid)? Hvis ja, hvor mange sigaretter?

- Nei
 Av og til Sigaretter per uke
 Daglig Sigaretter per dag

35. Bruker du snus nå etter at du ble gravid?

- Nei
 Ja

+

36. Røyker barnets far nå (etter at du ble gravid)? Hvis ja, hvor mange sigaretter?

- Nei
 Av og til Sigaretter per uke
 Daglig Sigaretter per dag

Enheter alkohol

For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 enhet
1 vinglass rød eller hvit vin	= 1 enhet
1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 enhet
1 drammeglass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 enhet

37. Hvor ofte drakk du alkohol før, og hvor ofte drikker du nå?

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet 0-12	13-24	25+
Omtrent 6-7 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 4-5 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 2-3 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. I perioden rett før du ble gravid og i dette svangerskapet, hvor mange ganger har du drukket 5 eller flere enheter?
(Se forklaring om enheter alkohol på forrige side.)

	Siste 3 måneder før siste mens		I dette svangerskapet Svangerskapsuke		
	0-12	13-24	0-12	13-24	25+
Flere ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Hvor mange enheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? (Se forklaring om enheter alkohol på forrige side.)

	Siste 3 måneder før siste mens		I dette svangerskapet Svangerskapsuke			
	0-12	13-24	25+	0-12	13-24	25+
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om mat og drikke

40. Hvor ofte har du spist brød/kjeks de 2 siste månedene? (Sett ett kryss per linje.)

	Sjelden/aldri	1-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	1 gang dag	2-3 ganger per dag	4+ ganger per dag
1. Hvitt brød/loff (inkl. baguette, pita, ciabatta o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mellomgrovt/grovt brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Knekkebrød/kjeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

41. Hvor ofte har du brukt følgende på brødet de 2 siste månedene? (Sett ett kryss per linje.)

	Sjelden/aldri	1-2 ganger per uke	3-4 ganger per uke	5-6 ganger per uke	Daglig
1. Smør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Margarin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gulost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Brunost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Magert kjøttpålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Servelat, salami, leverpostei o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fiskepålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Syltetøy, annet søtt pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

42. Hvor ofte har du spist disse rettene til middag de 2 siste månedene? (Sett ett kryss per linje.)

	Sjelden/aldri	1-2 ganger per mnd	3-4 ganger per mnd	2-3 ganger per uke	4-7 ganger per uke
1. Pølser, hamburgere, kjøttdeig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rent kjøtt (biff, kotelett, karbonadedeig o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kylling/kalkun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mager fisk (torsk, sei, hyse o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Fet fisk (ørret, laks, makrell, sild)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fiskepinner, fiskeboller o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Vegetarretter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Hvor ofte har du spist grønnsaker og frukt de 2 siste månedene? (Sett ett kryss per linje.)

	Sjelden/aldri	1-2 ganger per uke	3-4 ganger per uke	5-7 ganger per uke	2+ ganger per dag
1. Bladsalat/tomat/agurk/paprika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Løk/hvitløk/purre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kål, blomkål, brokkoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gulrot/kålrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erter, bønner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kokte poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Stekte poteter/ pommes frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Andre grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Frisk frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mandler, cashewnøtter, andre nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Hvor ofte har du brukt smør, margarin eller olje i matlaging/dressinger de 2 siste månedene? (Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/ aldri	1-2 ganger per uke	3-4 ganger per uke	5-6 ganger per uke	Daglig
1. Smør	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Margarin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Olivenolje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Annen olje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

45. Hvor ofte har du drukket følgende de 2 siste månedene? (Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/ aldri	1-6 ganger per uke	1 gang per dag	2-3 ganger per dag	4+ ganger per dag
1. Helmelk, kefir, yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lett- ekstralett- og skummetmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fruk juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Brus/leskedrikk/saft med sukker (Cola o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Brus/leskedrikk/saft kunstig søtet (Pepsi Max o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Te/urtete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Hvor ofte har du spist følgende de 2 siste månedene? (Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/ aldri	1-2 ganger per uke	3-4 ganger per dag	5-6 ganger per dag	Daglig
1. Kaker/boller/søte kjeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sjokolade/smågodt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Iskrem/sorbet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Potetchips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om hvordan du har det nå

47. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av dine tanker om forestående fødsel? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
1. Jeg gruer meg veldig til fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke skal være friskt og velskapt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg gleder meg til barnet kommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

48. Hvis du har en ektefelle/ samboer/ partner, hvor enige er du i disse beskrivelsene? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
1. Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget med noe av det følgende? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1. Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Følelse av håpløshet med hensyn til framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Har du det siste 18 måneder opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt og vanskelig var dette for deg?
(Kryss av for hver linje.)

+	Nei	Ja	Hvis ja		
			Ikke så ille	Vondt/ vanskelig	Veldig vondt/ vanskelig
1. Har du hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ble du skilt, separert eller avbrøt samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller på jobb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Annet _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

51. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstander *(Sett ett kryss for hver linje.)*

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
1. På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Livsbetingelsene mine er svært gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hadde jeg kunne levd på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg trives godt i arbeidet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Kommentarer

Har du husket å fylle ut dato for utfylling av skjema på side 1?

Tusen takk for hjelpen!

+

+