

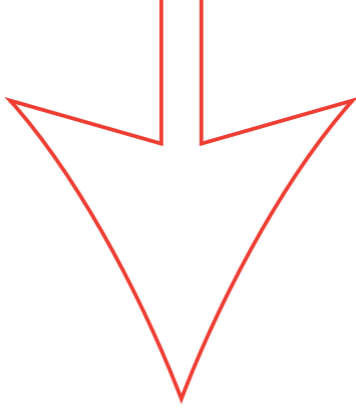
Yennligst oppbevar denne lappen sammen med ditt Helsekort for gravide.

## Jeg deltar i Den norske influensaundersøkelsen (NorFlu)

Det skal tas en navlesnorsblodprøve etter fødselen  
og en blodprøve av meg.

# OBS!

Riv av denne  
slippen før du  
returnerer  
spørreskjemaet  
og fest den på  
ditt Helsekort for  
gravide!



+

## Spørreskjema om influensa og vaksiner

+

**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*

5
---

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

--	--

dag

Når har du ultralydtermin:

--	--

dag

måned

år

Hvilken svangerskapsuke er du i nå?

--	--

uke

**Dette skjemaet skal ikke brukes til utfylling.  
Ta kontakt med oss på [norflu@fhi.no](mailto:norflu@fhi.no) eller  
tlf 53 20 40 40.**

## Om influensasykdom

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

Nei  Ja  Vet ikke

Hvis 'nei' gå til til **spm. 14**

**2. Når var du syk? (Oppgi hvilken måned og år for hver gang)**

Måned 

--	--

 År 

--	--	--	--

Måned 

--	--

 År 

--	--	--	--

**3. Oppsøkte du lege?**

Nei  Ja

**4. Hvis ja,**

	Nei	Ja	Vet ikke
Ble det tatt nese- eller halsprøve av deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble det tatt blodprøve av deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Bekreftet prøven(e) at du hadde:**

	Nei	Ja	Vet ikke
Svineinfluensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanlig influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Hvor syk følte du deg?**

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

+

**7. Ble du innlagt på sykehus?**

Nei  Ja

Hvis ja, hvilket sykehus?

**8. Når ble du innlagt på sykehus? (Oppgi dato i måned og år.)**

Måned 

--	--

 År 

--	--	--	--

**9. Hvor lenge følte du deg syk?**

- 0-2 dager
- 3-5 dager
- Mer enn 5, antall dager: 

--	--
- Vet ikke

+

### 10. Hvis du var syk, hvilke symptomer eller komplikasjoner hadde du?

(Du kan krysse av for flere symptomer.)

	+	Nei	Ja	Hvis ja, antall dager med symptomer		
				0-2 dager	3-5 dager	Mer enn 5 dager
1. Hodepine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tett i nesa/ rennende nese		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vondt i halsen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hoste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tung i pusten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Brystsmerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Feber under 39.0		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Feber på 39.0 eller høyere		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Feber (ikke målt)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Feberkramper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Andre kramper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Leddsmerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Muskelsmerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Oppkast, diare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ørebetennelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Lungebetennelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Annet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv \_\_\_\_\_

### 11. Var du gravid mens du hadde svineinfluensa/ influensa?

Nei

Ja, i svangerskapssuke

+

+

### 12. Hvis du var gravid da du hadde svineinfluensa/influensa opplevde du noe av følgende mens du var syk?

	Nei	Ja	Hvis ja, antall dager med symptomer			Hvis ja, oppsøkte du lege eller jordmor	
			0-2	3-5	Mer enn 5	Nei	Ja
Kynnere (falske rier)							
- som før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mer enn før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mindre enn før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitet/sparking hos barnet							
- som før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mer enn før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mindre enn før	<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"/>

Beskriv \_\_\_\_\_

+

### 13. Opplevde du utmattelse etter svineinfluensa/ influensa?

Nei

Ja, antall uker

Ja, er fortsatt utmattet

Vet ikke

+

### 14. Har du en eller flere av følgende sykdommer/tilstander?

	Nei	Ja
1. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diabetes 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Diabetes 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Annen lungesykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alvorlig overvekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hjerne/kar sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nyresykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nedsatt immunforsvar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Annen sykdom, beskriv \_\_\_\_\_

## 15. Har noen i din husstand hatt svineinfluensa/ influensa de siste 12 månedene?

 Nei Ja Hvis ja, hvem Ektefelle/partner Barn Andre

Hvis ja, var du gravid da?

 Nei Ja, i svangerskapsuke Vet ikke

+

+

## 16. Hvor bekymret er du for at svineinfluensa/influensa kan være farlig for deg eller barnet i magen?

Svært lite bekymret

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Svært bekymret

## Om bruk av medisiner

## 17. Har du brukt/bruker du medisiner i svangerskapet?

 Nei  Ja

## 18. Hvis ja, oppgi navn på medisin og om den brukes fast eller ved behov.

Brukes fast

Brukes ved behov

Medisin 1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin 2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin 3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin 4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 19. Har du brukt medisiner mot influensa i løpet av de siste 12 måneder?

 Nei  Ja

+

## 20. Hvis ja, hvilken type medisin brukte du, og var du var gravid da du brukte medisinen?

+

Antall dager brukt

Var du gravid da du brukte medisinen?

1-5 5-10 mer enn 10

Nei

Ja

Svangerskapsuke

Tamiflu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febersenkende medisiner:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn på medisin _____								<input type="checkbox"/>
Antibiotika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn på medisin _____								<input type="checkbox"/>
Annen medisin på resept:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn på medisin _____								<input type="checkbox"/>
Annen medisin uten resept:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn på medisin _____								<input type="checkbox"/>

+

## 21. Ble medisinen brukt fordi du var syk, eller for å forebygge sykdom?

 Fordi jeg hadde svineinfluensa/ influensa Forebyggende

## 22. Opplevde du bivirkninger av medisinen?

 Nei  Ja  Vet ikke

Hvis ja, beskriv hvilke:

\_\_\_\_\_

## Om svineinfluensavaksine og andre vaksiner

### 23. Er du vaksinert mot svineinfluensa?

Nei  Ja  Vet ikke

+

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

Fordi jeg er gravid

Redd for bivirkninger

Ønsker å ha et naturlig immunforsvar

Det var uenighet blant ekspertene om vaksinen

Helsepersonell frarådet vaksine

Ikke tillit til vaksinen

Prinsipielt motstander av vaksiner

Har hatt svineinfluensa

Tror ikke svineinfluensa er så farlig for meg

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

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

Fordi svineinfluensa kan være en alvorlig sykdom

Fordi jeg ville beskytte barnet i magen

Fordi helsepersonell ga meg råd om å bli vaksinert

Fordi jeg er i en av risikogruppene for svineinfluensa

På grunn av mitt arbeid

Så jeg ikke skulle smitte min familie eller venner med svineinfluensa

Det ble arrangert en vaksinasjonsdag

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

+

### 24. Hvor enig er du i at du har fått god informasjon om vaksinen mot svineinfluensa?

Helt uenig             Helt enig

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

+

### 25. Hvor bekymret er du for at vaksinen kan være farlig for deg eller barnet i magen?

Svært lite bekymret            Svært bekymret

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Hvis du ikke har fått vaksine mot svineinfluensa, gå til spm. 35

### 26. Hvis du har fått vaksinen mot svineinfluensa, var du gravid da du fikk den?

Nei

Ja, i svangerskapsuke

Vet ikke

+

### 27. Hvis du var gravid da du fikk vaksinen mot svineinfluensa opplevde du noe av de følgende etter at du ble vaksinert?

	Nei	Ja	Hvis ja, antall dager med symptomer			Hvis ja, oppsøkte du lege eller jordmor	
			0-2	3-5	Mer enn 5	Nei	Ja
Kynnere (falske rier)							
- som før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mer enn før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mindre enn før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitet/sparking hos barnet							
- som før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mer enn før	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- mindre enn før	<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"/>
Beskriv _____							

**28. Hvis du har fått svineinfluensavaksinen, fikk du bivirkninger?**

Nei  Ja  Vet ikke

+

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

- Før 30 minutter  
 30 minutter -12 timer  
 13 – 24 timer  
 1 – 3 døgn  
 Etter 3 døgn  
 Vet ikke

+

**30. Hvis du fikk bivirkninger av svineinfluensavaksinen, hva slags bivirkning(er) var det, og hvor lenge varte det?**

(Du kan krysse av for flere bivirkninger.)

	Antall dager med bivirkninger		
	0-2 dager	3-5 dager	Mer enn 5 dager
1. Smerter, hevelse i armen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Feber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Utslett andre steder på kroppen enn rundt stikkstedet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kvalme, oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Influensafølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Allergisk reaksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anafylaktisk reaksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andre bivirkninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

beskriv \_\_\_\_\_

**31. Opplevde du utmattelse etter vaksinen?**

- Nei  
 Ja, antall uker   
 Ja, er fortsatt utmattet

+

**32. Kontaktet du lege på grunn av bivirkningene?**

- Nei  
 Ja

**33. Ble du lagt inn på sykehus på grunn av bivirkningene?**

- Nei  
 Ja

**34. Hvis ja, hvilket sykehus**

\_\_\_\_\_

**35. Har du fått vaksine mot vanlig influensa i løpet av de siste 12 månedene?**

Nei  Ja  Vet ikke

+

**36. Har du fått andre vaksiner i løpet av de siste 12 månedene?**

Nei  Ja

**37. Hvis ja, hvilke(n) vaksine(r)**

\_\_\_\_\_

**38. Er du allergisk mot egg?**

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

+

**39. Har du annen allergi?**

Nei  Ja

**40. Hvis ja, hva slags allergi har du?**

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

**41. Har du noen gang hatt allergisk sjokk (anafylaktisk reaksjon)?**

Nei  Ja  Vet ikke

## 42. Har du i de siste 3 måneder før svangerskapet eller i dette svangerskapet hatt perioder som var preget av følgende:

			Hvis ja			
	Nei	Ja	I siste 3 måneder før svangerskapet	I dette svangerskapet svangerskapsuke 0-12	13-24	25+
Mental og/eller fysisk utmattelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstemthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsentrasjonsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med å utføre daglige gjøremål, jobb, skole etc.	<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.

+

+