

+

## Når barnet er 18 måneder

+

**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* inni boksen 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 ofte 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](mailto:norflu@fhi.no) eller  
tlf 53 20 40 40.**

## VEKST, HELSE OG SYKDOM

Vennligst finn frem barnets helsekort og bruk opplysningene derfra til å fylle ut de følgende spørsmålene.

**1. Hva var barnets lengde, vekt og hodeomkrets da barnet var ca. 6 måneder, ca. 12 måneder og ved 15-18 måneder? Oppgi også dato for målingene.** (Se i barnets helsekort.)

	Dato for måling			Lengde	Hodeomkrets	Vekt i gram
	Dag	Måned	År			
Ca. 6 mnd.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> g
Ca. 12 mnd.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> g
15-18 mnd. eller mer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> g

**2. Hvor mange ganger har du/dere vært på helsestasjonen med barnet siden fødselen?**

- 0-4       5-10       11-15       16 eller flere

**3. Ønsker du/dere at barnet skal få de vaksinene som anbefales til barn i Norge?**

- Ja, alle vaksiner       Ja, noen vaksiner       Nei, ingen vaksiner

**4. Angi om barnet har fått vaksiner. Hvis ja, har det vært bivirkninger som medførte kontakt med lege eller sykehus?** (Kryss av for hver linje.)

Vaksiner			Bivirkning som medførte ekstra kontakt med lege?		Bivirkning som medførte undersøkelse/innleggelse på sykehus?	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
1. DTP, IPV, Hib (difteri, tetanus, kikhoste, polio, Hib-infeksjon).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pneumokokk (Prevenar) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. MMR (meslinger, kuma, røde hunder).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hepatitt B.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. BCG (tuberkulose) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Influensa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annen vaksine: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Nå følger spørsmål om sykdom og helseproblemer hos barnet. Først spør vi om mer langvarige tilstander, og deretter om sykdommer og plager av mer forbigående type.

+

### 5. Har eller har barnet hatt noen av følgende helseproblemer? Hvis ja, er barnet henvist til spesialistundersøkelse?

(Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja, har nå	Ja, hadde tidligere	Hvis ja, er barnet henvist til spesialistundersøkelse?	
				Nei	Ja
1. Nedsatt hørsel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nedsatt syn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mistanke om forsinket motorisk utvikling (f.eks. sitter/går sent) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mistanke om generelt forsinket utvikling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Liten vektøkning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avvikende hodeomkrets.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hjerterfeil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Testiklene ikke kommet ned i pungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Atopisk (barne)eksem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Elveblest .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Matallergi/intoleranse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Søvnproblemer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Adferdsproblemer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. (Annen) misdannelse: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Annet, hva? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

### 6. Har barnet hatt noen av følgende sykdommer/helseproblemer? Oppgi ved hvilken alder, hvor mange ganger og om barnet noen ganger har vært innlagt på sykehus for dette helseproblemet. (Kryss av for hver linje.)

Sykdom/helseproblemer:	0-5 måneder		Antall ganger	6-11 måneder		Antall ganger	12 måneder eller mer		Antall ganger	Vært innlagt på sykehus for dette?	
	Nei	Ja		Nei	Ja		Nei	Ja		Nei	Ja
	1. Forkjølelse .....	<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"/>
2. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Annen halsbetennelse.....	<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"/>
4. Ørebetennelse .....	<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"/>
5. Falsk krupp .....	<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"/>
6. Bronkitt/RS-virus/ lungebetennelse.....	<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"/>
7. Omgangssyke/diaré .....	<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"/>

+

+



**10. Reagerer barnet på visse matvarer?**

Nei  Ja  Vet ikke

+

**Hvis ja, hvilken type mat reagerer barnet på?**

(Du kan sette flere kryss.)

- Melk og melkeprodukter  
 Hvete  
 Peanøtter  
 Andre nøtter  
 Sitrusfrukter (sitron, appelsin, mandarin osv.)  
 Annen frukt/bær

Annet: \_\_\_\_\_

**11. Har barnet vært allergitestet?**

Nei  Ja

+

**Hvis ja, hva ble barnet testet på, og slo testen ut?**

	Testet på:		Slo testen ut?		
	Nei	Ja	Nei	Ja	Vet ikke
Melk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nøtter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyr .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pollen .....	<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"/>

**12. Har dere oppsøkt andre behandlere enn lege/helsestasjon (f.eks. naprapat, kiropraktor, homeopat eller annet)?**

Nei  Ja

antall ganger. Type behandler: \_\_\_\_\_

**Hvis ja, for hvilke(t) problem?** \_\_\_\_\_

**13. Har barnet fått medisiner siden 6 måneders alder? (Dette gjelder alle typer medisiner, også naturmedisiner og urtepreparater).**

Nei  Ja

+

**Hvis ja, oppgi navn på medisinene og barnets alder ved medisinbruk.** (Ta med alle typer medisiner, også naturmedisiner).

(SKRIV MED BLOKKBOKSTAVER, f.eks. APOCILLIN, PARACET)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hvor gammelt var barnet ved medisinbruk?

6-8 mnd	9-11 mnd	12-14 mnd	15 mnd eller eldre
<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"/>

**14. Får barnet tran, vitaminer, jern eller annet kosttilskudd?**

Nei  Ja

+

**Hvis ja, hvilke:**

- Tran, Omega 3 Navn: \_\_\_\_\_
- Multivitamin Navn: \_\_\_\_\_
- Annet Navn: \_\_\_\_\_
- Annet Navn: \_\_\_\_\_

## BARNETS HVERDAG

### 15. Bor du sammen med barnets far?

- Nei  Ja  
+

#### Hvis nei, hvor mye er barnet sammen med henholdsvis mor og far?

	Mor	Far
Mer enn halvparten av tiden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent halvparten av tiden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minst en gang i uken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minst en gang i måneden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn en gang i måneden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 16. Hvor mange ganger har dere flyttet siden barnet ble født?

ganger

### 17. Kan barnet gå uten støtte? Nei Ja

#### Hvis ja, hvor gammelt var barnet når det først kunne gå uten støtte?

antall måneder

+

### 18. Hvor mye er barnet utendørs nå for tiden? +

- Sjelden  
 Ofte, men gjennomsnittlig mindre enn en time daglig  
 Gjennomsnittlig 1-3 timer daglig  
 Mer enn 3 timer daglig

### 19. Hvor mange timer daglig sitter barnet foran TV/DVD e.l. i gjennomsnitt?

- Mer enn 4 timer  
 4 timer  
 3 timer  
 1-2 timer  
 Mindre enn 1 time  
 Sjelden/aldri

### 20. Er det dyr i barnets hjem, eller hos dagmamma?

- Nei  
 Ja, i hjemmet  
 Ja, hos dagmamma

#### Hvis ja, hva slags dyr? (Sett eventuelt flere kryss.)

- Hund  
 Katt  
 Marsvin, kanin, mus, rotte eller lignende  
 Undulat, annen fugl  
 Annet dyr: \_\_\_\_\_

### 21. Har barnet vært regelmessig passet av andre enn mor eller far på dagtid?

- Nei  Ja

### 22. Hvis ja, hvem har passet barnet regelmessig på dagtid og hvor mange timer per uke totalt? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Annen i familien	Dagmamma/ au pair/praktikant	Familiebarnehage	Barnehage	Antall timer per uke i aldersperioden
0-10 mnd. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> timer
11-15 mnd. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> timer
16-18 mnd. eller mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> timer

### 23. Hvor mange barn passes sammen i den nåværende barnepassordningen (hvis barnehage: hvor mange i avdelingen)?

barn

+

+

## OM BARNETS VÆREMÅTE

**24. Kryss av hvor typisk de følgende utsagn er for ditt barn.** (Sett ett kryss for hver linje.)

+	Svært typisk	Ganske typisk	Både og	Lite typisk	Ikke typisk
1. Det skal lite til før barnet gråter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnet er alltid på farten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Barnet vil heller leke med andre enn å leke for seg selv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnet er i aktivitet og løper omkring med en gang det våkner om morgenen .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Barnet er svært sosialt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Det tar lang tid før barnet blir vant til fremmede .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Det skal lite til før barnet hisser seg opp eller blir lei seg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Barnet foretrekker rolige stillesittende leker framfor mer aktive .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Barnet liker å være sammen med andre mennesker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Barnet reagerer intenst når det blir opphisset .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Barnet er vennlig og tillitsfullt mot fremmede .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Mer om barnets lek og væremåte. Igjen spør vi hvordan barnet ditt vanligvis er. Hvis noe skjer sjelden (for eksempel hvis du har sett det en eller to ganger), kryss av for nei.** (Sett ett kryss for hver linje.)

	Nei	Ja
1. Er barnet interessert i andre barn? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hender det noen gang at barnet "later som" for eksempel "liksom snakker" i telefonen, eller steller for dukker, eller "later som" andre ting?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bruker barnet pekefingeren for å peke mot ting for å vise interesse for tingen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hender det at barnet kommer bort til deg med ting for å vise deg noe? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hermer barnet etter deg, for eksempel hvis du lager grimaser? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Reagerer barnet når du sier navnet hans/hennes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hvis du peker på en leke på den andre siden av rommet, ser barnet på den?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Hvor ofte hender det at barnet våkner om natten?**

3 eller flere ganger hver natt	1-2 ganger hver natt	Noen ganger i uken	Sjelden eller aldri
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Hvor mange timer til sammen sover barnet pr. døgn?**

- Mindre enn 8 timer  
 8-10 timer  
 11-12 timer  
 13-14 timer  
 15-18 timer      +  
 Mer enn 18 timer

**28. Er du bekymret over barnets søvnmønster?**

- Nei  
 Ja, barnet sover uvanlig lite  
 Ja, barnet sover uvanlig mye  
 Ja, barnet sover uvanlig urolig  
 Ja, annet - beskriv: \_\_\_\_\_

**29. Andre bekymringer.** (Sett ett kryss for hver linje.)

	Nei	Ja	Usikker
1. Er du bekymret for barnets fysiske utvikling? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Er du bekymret for barnets væremåte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er du bekymret fordi barnet er krevende og vanskelig å ha med å gjøre?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har andre (familie, barnehage, helsesøster) uttrykt bekymring for barnets utvikling? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Er du bekymret fordi barnet er så lite interessert i andre barn?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Er du bekymret for barnets helse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv: \_\_\_\_\_

## OM DEG SELV

### HELSE OG SYKDOM

#### 30. Hvilken sivilstand har du nå?

- Gift/registrert partner     Separert/skilt  
 Samboer     Enke  
 Enslig     Eventuelt utfyllende:

+

---



---

#### 31. Hvor mye veier du nå for tiden?

kg

+

#### 32. Er du gravid nå?

- Nei  
 Ja

Hvis ja, hvor mange uker?

#### 33. Har du en langvarig eller kronisk sykdom?

- Nei     Ja, hvilken? \_\_\_\_\_

#### 34. Har du noen gang før, under eller etter influensa-pandemien 2009-2010 hatt perioder som var preget av følgende? (Sett kryss for hver linje.)

	Nei	Ja, før influensa-pandemien	Ja, under influensa-pandemien	Ja, etter influensa-pandemien	Ja, har nå
1. Mental og/eller fysisk utmattelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Søvnforstyrrelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nedstemthet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Konsentrasjonsproblemer/reduert hukommelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Problemer med daglige gjøremål, jobb, skole etc. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Muskel/leddsmerter og/eller hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sår hals og/eller ømme lymfeknuter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Hvis ja, er du utredet av lege for dette?

- Nei  
 Ja, er under utredning  
 Ja, har fått diagnosen kronisk utmattelse/ME  
 Ja, har fått annen diagnose, hvilken: \_\_\_\_\_

+

#### 35. Bruker du medisiner jevnlig? (Dette gjelder alle typer medisiner, også naturmedisiner.)

- Nei     Ja

+

+

#### Hvis ja, oppgi navn på medisinene og hvor ofte du bruker dem. (Ta med alle typer medisiner, også naturmedisiner.)

Navn på medisinen (f.eks. Apocillin, Paracet, Vival, Cipramil)

Hvor ofte bruker du dem?

	Hver dag	Daglig i perioder	Av og til
_____	<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"/>

### 36. Hvor lang permisjon etter fødselen tok du/dere?

	Mor	Far
Antall måneder:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
+		

### 37. Har du hatt inntektsgivende arbeid de siste 6 månedene?

- Nei  
 Ja, hele tiden  
 Ja, deler av tiden

### 38. Hvis du er i lønnet arbeid, har du vært sykemeldt de siste 6 månedene? Hvis ja, oppgi hvor mange dager du var sykemeldt.

<input type="checkbox"/> Nei	Antall dager	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ja, på grunn av egen sykdom.		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ja, på grunn av sykdom hos barn.		<input type="text"/>

### 39. Har det i løpet av det siste halve året hendt at du/dere har hatt vansker med å klare løpende utgifter til mat, transport, husleie og lignende?

- Nei, aldri  
 Ja, en sjelden gang  
 Ja, av og til  
 Ja, ofte

### 40. Hvor ofte er du så fysisk aktiv (i fritid eller på arbeid) at du blir andpusten eller svett?

	I fritiden	På arbeid
Aldri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre enn 1 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"/>
5 ganger eller mer pr. uke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

### 41. Hvordan er røykevanene i hjemmet nå?

	+	Deg selv	Din samboer/ ektefelle
Røyker ikke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyker av og til.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyker daglig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis daglig, antall sigaretter <u>per dag</u> .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hvis av og til, antall sigaretter <u>per uke</u> .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 42. Hvor ofte drikker du alkohol nå for tiden?

- Omtrent 6-7 ganger pr. uke  
 Omtrent 4-5 ganger pr. uke  
 Omtrent 2-3 ganger pr. uke  
 Omtrent 1 gang pr. uke  
 Omtrent 1-3 ganger pr. måned  
 Sjeldnere enn 1 gang pr. måned  
 Aldri

+

### 43. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? Kryss av både for i helgen og hverdagen. (Se forklaring om alkoholenheter nedenfor.)

	I helgen	Hverdager
10 eller flere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 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

+



## LITT MER OM DEG SELV OG HVORDAN DU HAR DET NÅ

44. Har du ektefelle/samboer/partner?

Nei  Ja

+

Hvis ja, hvor enig er du i disse beskrivelsene? (Sett ett kryss for hver linje.)

+	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	uenig	Helt 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 ofte uenige om viktige avgjørelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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"/>

45. Har du noen utenom din ektefelle/samboer/partner som du kan søke råd hos i en vanskelig situasjon?

Nei

Ja, 1-2 personer

Ja, flere enn 2 personer

+

46. Føler du deg ofte ensom?

Nesten aldri

Sjelden

Av og til

Som regel

Nesten alltid

47. Har du de siste 12 månedene opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt og vanskelig var dette for deg?

(Sett ett kryss for hver linje.)

	Hvis ja				
	Nei	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, hva: _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

48. 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 fremtiden .....	<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"/>

#### 49. Kryss av om du er enig eller uenig i følgende påstander:

(Sett ett kryss for hver linje.)

+	Svært enig	Enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
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 kunnet leve på nytt, ville jeg nesten ikke forandre 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"/>
7. Jeg er optimistisk med tanke på fremtiden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 50. Hvordan vil du vurdere kvaliteten på livet ditt?

- Svært dårlig  
 Dårlig  
 Verken god eller dårlig  
 God  
 Svært god

+

#### 51. Hvor tilfreds er du med helsen din?

- Svært utilfreds  
 Utilfreds  
 Verken tilfreds eller utilfreds  
 Tilfreds  
 Svært tilfreds

## BARNETS UTVIKLING OG VÆREMÅTE



Illustrasjon: Colourbox.com

**Spørsmålene på de neste sidene er utprøvet og kvalitetssikret til bruk i forskning om barns utvikling og er anbefalt av andre forskere. Selv om ikke alle spørsmålene passer for ditt barn, håper vi du fyller ut så godt du kan. Du vil se at noen spørsmål forutsetter at du leker med barnet og prøver ut aktiviteten. Hvis du finner en tid hvor barnet er uthvilt og i godt humør, kan det bli en hyggelig stund. Dersom det er vanskelig, får du heller hoppe over disse spørsmålene og sende inn skjemaet likevel.**

#### 52. Spørsmål om barnets utvikling. (Sett ett kryss for hver linje.)

Merk av om dette er noe barnet gjør regelmessig /ofte, av og til eller ikke ennå.

##### Motorisk utvikling:

	Ja	Av og til	Ikke ennå
1. Beveger barnet seg omkring ved å gå istedenfor ved å krabbe på hender og knær? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Går barnet støtt uten å falle ofte? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kan barnet gå ned trapper dersom du holder det i én hånd? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Når du viser barnet hvordan man sparker en stor ball, prøver det da å sparke ballen ved å bevege et ben fremover eller ved å gå rett på den? (Hvis barnet allerede sparker ball, krysser du av "Ja" for dette spørsmålet.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Løper barnet ganske bra slik at det kan stoppe av seg selv uten å dulte borti ting eller falle?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

- | +   | + | Ja                       | Av<br>og til             | Ikke<br>ennå             |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. Kan barnet kaste en liten ball med armbevegelser forover? (Dersom barnet bare slipper ballen, kryss av for "ikke ennå".) .....             |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Stabler barnet en liten kloss eller leke oppå en annen? (For eksempel små esker eller leker, cirka 3 cm store) .....                       |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Stabler barnet av seg selv tre små klosser eller leker oppå hverandre? (For eksempel små esker eller leker som er cirka 3 cm store.) ..... |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Blar barnet om sidene i en bok av seg selv? (Det kan bli mer enn en side om gangen.) .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Vrir barnet på hånden når det prøver å trekke opp en leke eller skru av og på et lokk? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Kommunikasjon, sosial utvikling og problemløsning:

- | +  | + | Ja                       | Av<br>og til             | Ikke<br>ennå             |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Dersom du ber om det, går barnet inn i et annet rom og henter en kjent gjenstand? (Du kan for eksempel spørre: "Hvor er ballen din?" "Hent jakken din" eller "Gå og hent teppet ditt") .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sier barnet åtte eller flere ord i tillegg til "mamma" og "pappa"? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hermer barnet to ords setninger? For eksempel hvis du sier "Mamma spise", "Pappa leke", "Gå hjem", gjentar barnet begge ordene? (Kryss av "Ja" selv om ordene barnet sier, er utydelig uttalt.) .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Uten at du først viser, peker barnet på riktig bilde, når du sier for eksempel "vis meg kattungen" eller "hvor er hunden"? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dersom du peker på bildet av en ball, kattunge, kopp, hatt og så videre og spør: "Hva er det?", vil barnet da si riktig navn på minst ett bilde? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Uten at du viser det først, rabler barnet frem og tilbake på et ark, dersom du gir det en fargestift, tusj, blyant eller penn? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Når du gir barnet ditt en flaske, en skje eller en blyant som er opp ned, snur barnet det opp, så det kan brukes på den riktige måten? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Uten at du viser hvordan det kan gjøres, snur barnet ditt med hensikt en gjennomsiktig flaske opp ned for å helle ut en liten brødbit eller en rosin? (Du kan bruke en tåteflaske eller en brusflaske.) .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Later barnet ditt som gjenstander er noe annet? Holder barnet for eksempel en kopp opp til øret og later som det er en telefon? Setter det en eske på hodet og later som det er en hatt? Bruker det en kloss eller liten leke til å røre i mat med? ..... |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Hvis barnet ditt vil ha noe som er for høyt oppe, vil det da finne en stol eller en kasse å stå på for å få tak i det? .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Gir barnet ditt dukker og kosedyr klemmer når det leker? .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Forsøker barnet ditt å fange oppmerksomheten din eller vise deg noe ved å dra deg i hånden eller klærne? .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Kommer barnet til deg når det trenger hjelp, for eksempel hjelp til å skru opp lokket på en boks? .....  |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Drikker barnet ditt av kopp eller glass og setter koppen eller glasset ned uten å søle noe særlig? .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Når barnet ditt leker med et kosedyr eller en dukke, later barnet da som det vugger det, gir det mat, skifter bleie på det, legger det i senga og så videre? .....   |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 53. Hvordan passer de følgende utsagn på barnets væremåte de siste to månedene? (Sett ett kryss for hver linje.)

- |  | Passer<br>ikke           | Passer litt/<br>noen ganger | Passer<br>godt/ofte      |
|--|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Barnet kan ikke konsentrere seg, være oppmerksom lengre tid av gangen ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Barnet skifter fort fra en aktivitet til en annen .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 3. Barnet er stort sett blid og grei .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 4. Barnet klenger på voksne, eller er for avhengig .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 5. Barnet blir for urolig når det er adskilt fra foreldrene .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 6. Barnet kommer ofte opp i krangel .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |
| 7. Barnet slår andre .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> |

+	+	Passer ikke	Passer litt/ noen ganger	Passer godt/ofte
8. Barnet er trassig .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Det merkes ikke på barnet når hun/han har gjort noe galt .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Grensesetting endrer ikke barnets atferd .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Barnet spiser dårlig .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Barnet liker nesten all slags mat .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Barnet motsetter seg å legge seg om kvelden .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Barnet vil ikke sove alene .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Barnet er redd for å prøve nye ting .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Barnet blir urolig av enhver forandring i faste rutiner .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Barnet er for redd og engstelig .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	+			

## KOMMENTARER

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

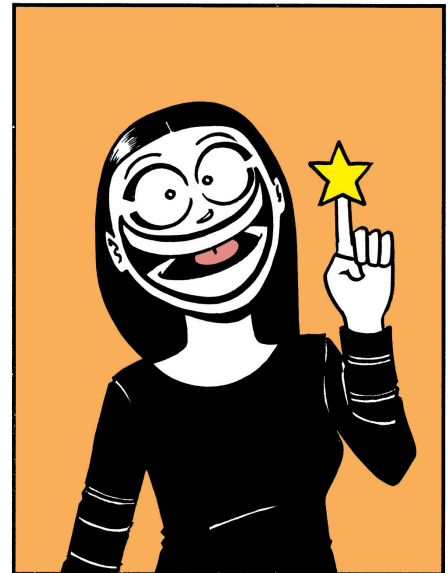
---

---

---

---

---



### TUSEN TAKK FOR INNSATSEN!

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