

+

Spørreskjema om deg selv og barnet 6 måneder etter fødselen

+

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 ofte 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

--	--

m

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

Barnets vekst og kosthold

1. Ta utgangspunkt i barnets helsekort og fyll inn barnets vekt, lengde og hodeomkrets når barnet var omtrent 6 uker, 3 måneder og 6 måneder. Angi også dato for undersøkelse/måling:

	Dato for undersøkelse/målinger			Lengde	Hodeomkrets	Vekt																		
	dag	måned	år																					
Ca. 6 uker	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> cm			,		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> cm			,		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> g				
		,																						
		,																						
Ca. 3 måneder	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> cm			,		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> cm			,		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> g				
		,																						
		,																						
5 - 6 måneder	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> cm			,		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>,</td><td></td></tr></table> cm			,		<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> g				
		,																						
		,																						

2. Har du ammet barnet ditt?

- Nei
 Ja, ammer fortsatt
 Ja, men har sluttet

Barnets alder da du sluttet:

--	--

mnd.

og/eller

--	--

uker

3. Får barnet tran eller annet kosttilskudd?

- Nei
 Ja

Hvis ja, hvilket?

- Tran
 D-vitamin-dråper
 Annet, hva? _____

Sykdom og helseproblemer

Nå følger spørsmål om sykdom og helseproblemer hos barnet. Først spør vi om mer langvarige plager. På neste side finner du spørsmål om sykdommer og plager av mer forbigående type.

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

(Kryss av for hver linje.)

	Har barnet (hatt) problemer?		Er barnet henvist til spesialistundersøkelse for dette?	
	Nei	Ja	Nei	Ja
1. Nedsatt hørsel	<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"/>
3. Forsinket utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hjertefeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Testiklene ikke kommet ned i pungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Atopisk (barne)eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Elveblest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergi, hva slags - beskriv _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Medfødt misdannelse - beskriv _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annet - beskriv _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Har barnet hatt følgende sykdom/helseproblem? Hvis ja, oppsøkte dere lege eller sykehus for det? (Kryss av for hver linje.)

+	Har barnet hatt helseproblemet?		Antall ganger	Oppsøkte dere lege/poliklinikk for dette?	Var barnet innlagt på sykehus for dette?
	Nei	Ja			
1. Forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Falsk krupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bronkitt/RS-virus/lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Omgangsyke/diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Feberkramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andre kramper (uten feber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Koliikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Skade/ulykke - beskriv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Annet - beskriv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MER OM INFLUENSA (Hvis ikke barnet har hatt influensa, gå til spørsmål 10)
6. Hvis barnet har hatt influensa, hvor gammel var han/hun da?

Hvis barnet ikke har hatt influensa, gå til spørsmål 10 på side 3.

 mnd. uker

7. Nei Ja Vet ikke
- Ble det tatt neseprøve av barnet?
- Ble det tatt blodprøve av barnet?.....
- Bekreftet prøven at det var influensa?

8. Hvor sykt var barnet da hun/han hadde influensa?

- Nesten ikke syk
- Ganske syk, flere dager
- Veldig syk
- Innlagt på sykehus

9. Hvis barnet har hatt 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					Antall dager med symptomer				
	Nei	Ja	1-2	3-5	Mer enn 5	Nei	Ja	1-2	3-5	Mer enn 5
1. Urolig og irritabel	<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. Tett i nesen/ rennende nese	<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. Rød i halsen	<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. Hoste	<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. Tung i pusten	<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. Feber under 39.0	<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. Feber på 39.0 eller høyere	<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"/>
8. Feber (ikke målt)	<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"/>
9. Feberkramper	<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. Andre kramper	<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"/>
11. Oppkast, diare	<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"/>
12. 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"/>
13. 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"/>
14. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beskriv: _____

Hos spesialist eller på sykehus

10. Hvis barnet ble undersøkt hos spesialist på sykehus eller ble innlagt etter at dere kom hjem fra fødeavdelingen, hvilke(t) sykehus var det, og hva var diagnosen(e)

Sykehus/spesialist: _____

Diagnose: _____

11. Har barnet blitt operert eller har en tilstand som skal opereres?

Nei

Ja, hvilken: _____

+

Medisiner og vaksiner

12. Har barnet noen gang fått medisiner? Nei Ja

+

13. Hvis ja, oppgi navn på medisinen, og når/hvor lenge den ble brukt. Hvis du ikke husker navnet, oppgi type medisin, for eksempel influensamedisin, febernedsettende, osv. Ta med alle typer medisin, også naturmedisin og medisiner uten resept.

Navn på medisinen (f.eks. Apocillin, Paracet)	+	Hvor gammelt var barnet ved medisinbruk?					Antall dager brukt tilsammen
		<1 måned	1-2 måneder	3-4 måneder	5-6 måneder	>6 måneder	
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
_____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

14. Ønsker du at barnet skal følge det vanlige vaksinasjonsprogrammet som helsestasjonen anbefaler?

Ja

Nei, ønsker ikke vaksine

Nei, ønsker bare noen få vaksiner

Vet ikke

+

Mer om barnets utvikling og væremåte

15. Kryss av om du er enig eller uenig i følgende påstander om barnets humør og temperament. Tenk på hvordan dere vanligvis har det. (Sett ett kryss for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig		Litt enig	Enig	Helt enig
1. Barnet sutrer og gråter mye	<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. Barnet er vanligvis lett å roe når hun/han gråter	<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. Det skal lite til før barnet blir oppskaket og begynner å gråte	<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. Når barnet gråter, skriker hun/han vanligvis hissig og kraftig	<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. Hun/han er grei og lett å ha med å gjøre	<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. Barnet krever svært mye oppmerksomhet	<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. Når barnet overlates til seg selv, leker hun/han vanligvis fint med seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Barnet er såpass krevende at det ville representere et betydelig problem for de fleste foreldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Barnet smiler og ler ofte	<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. Barnet virker passivt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Barnet er lett å legge og sovner fort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

16. Hvor ofte hender det at barnet våkner om natten nå for tiden?

(Sett kun ett kryss.)

- 3 eller flere ganger hver natt
 1-2 ganger hver natt
 Noen ganger i uken
 Sjelden eller aldri

17. Hvor mange timer sover barnet vanligvis til sammen per døgn?

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

18. Er du bekymret over barnets søvnmønster?

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

19. Har du andre bekymringer om barnets utvikling eller helse?

- Nei
 Ja, beskriv: _____

20. Her følger en del spørsmål om barnets utvikling. Hvis du ikke har lagt merke til det, bruk litt tid til å se hva barnet faktisk gjør.

(Sett et kryss for hvert spørsmål.)

	Ja ofte	Ja, men sjelden	Nei, ikke ennå	Vet ikke
+				
1. Når barnet ligger på ryggen, leker hun/han ved å gripe rundt føttene sine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Når barnet ligger på magen, løfter hun/han overkroppen fra underlaget med strake armer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ruller barnet seg over fra rygg til mage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Når du "prater" med barnet ditt, prøver hun/han å "prate" tilbake til deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Babler barnet og lager lyder når hun/han ligger for seg selv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kan du høre hvordan barnet har det bare ved å høre på lydene hun/han lager (f.eks. fornøyd, sulten, sint, har smerte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Får du et smil fra barnet ditt bare ved at du smiler mot henne/han (uten å røre eller kile barnet og uten at du holder fram en leke)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Når du roper på barnet ditt, snur hun/han seg mot deg en av de første gangene du sier navnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Griper barnet en leke du gir henne/han for så å putte den i munnen, eller holde den?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Når barnet sitter på fanget ditt, strekker hun/han seg etter en leke eller annet som ligger på bordet foran dere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Holder barnet ditt i en leke med begge hendene når hun/han undersøker den?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Mange av spørsmålene nedenfor er temmelig like, men de fleste skiller seg fra hverandre i små detaljer for å belyse ulike elementer i utviklingen. Vi håper derfor at du tar deg tid til å svare på alle spørsmålene selv om ikke alle passer like godt for ditt barn.

	Ja	Av og til	Ikke ennå
+			
1. Hviner barnet ditt i høyt toneleie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dersom det kommer en høy lyd, snur barnet seg for å se hvor den kommer fra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lager barnet lyder som "da", "ga", "ka" og "ba"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Når barnet ligger på ryggen, løfter det bena høyt nok til å se føttene sine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Når du setter barnet på gulvet, lener det seg da på hendene og støtter seg mens det sitter? (Hvis barnet allerede sitter rett uten å støtte seg på hendene, kryss "ja".)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dersom du holder barnet i begge hender slik at det holder balansen, holder det seg da stående oppe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kommer barnet seg opp i krabbestilling på hender og knær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Når barnet ligger på ryggen, putter det da foten i munnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dersom du gir barnet ditt en leke, vil det da holde leken, titte på den, vifte med den, eller forsøke tygge på den i omtrent ett minutt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Strekker barnet seg etter eller griper en leke med begge hender samtidig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Strekker barnet seg etter en liten brødbit eller en rosин og tar den med fingrene? (Dersom barnet allerede plukker opp små ting på størrelse med en ert, kryss "Ja".)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Plukker barnet opp en liten leke ved å holde den midt i håndflaten og med fingrene rundt leken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Prøver barnet å plukke opp en liten brødbit eller en rosин ved å bruke alle fingrene i en rakebevegelse, selv om det ikke klarer å ta tak i den? (Dersom barnet allerede klarer å plukke opp en rosин, kryss "Ja".)	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Av og til Ikke ennå

14. Pleier barnet å ta opp en liten leke med bare én hånd? Ja Av og til Ikke ennå
15. Forsøker barnet å få tak i en leke som er utenfor rekkevidde?
(Barnet kan rulle, dreie seg på magen eller krabbe for å få tak i den.) Ja Av og til Ikke ennå
16. Når barnet ditt har en leke foran seg, strekker det seg da etter den med begge hendene? Ja Av og til Ikke ennå
17. Dersom barnet ligger på ryggen og mister en leke, vil det da snu hodet for å se etter den?
(Dersom barnet allerede plukker opp leken, kryss "Ja".) Ja Av og til Ikke ennå
18. Når barnet ligger på ryggen, forsøker det da å plukke opp en leke som det har mistet, hvis barnet kan se den? Ja Av og til Ikke ennå
19. Tar barnet ditt ofte opp leker og putter dem i munnen? Ja Av og til Ikke ennå
20. Flytter barnet ditt en leke fra den ene hånden til den andre? Ja Av og til Ikke ennå
21. Leker barnet ditt ved å slå leken opp og ned mot gulvet eller et bord? Ja Av og til Ikke ennå
22. Når barnet ditt sitter foran et stort spill, smiler det da og lager lyder til speilbildet sitt? Ja Av og til Ikke ennå
23. Når barnet sitter foran et stort spill, strekker det seg da og klapper speilet? Ja Av og til Ikke ennå
24. Reagerer barnet annerledes på fremmede enn på deg og andre kjente personer? (Reaksjoner kan være å stirre, rynke brynene, trekke seg tilbake eller gråte.) Ja Av og til Ikke ennå

+

Om deg selv

Svangerskapet

22. Hvor mye veide du på slutten av svangerskapet, og hvor mye veier du nå (i hele kg)?

Ved slutten av av svangerskapet: kg Nå: kg

+

23. Hadde du høyt blodtrykk i dette svangerskapet?

- Vet ikke
 Nei
 Ja, høyeste blodtrykk var:

/ Eks. /

24. Hadde du blødninger fra skjeden siste del av svangerskapet? Hvis ja, kryss av for hver linje om du hadde blødninger og om du oppsøkte lege eller jordmor på grunn av det? (Du kan krysse av for flere perioder.)

Svanger- skapsuke	Hadde blødninger		Oppsøkte lege/jordmor	
	Nei	Ja	Nei	Ja
Før uke 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uke 35 og senere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

25. Opplevde du i siste del av svangerskapet perioder med endret aktivitet/sparking hos barnet?

- Nei
 Ja
 Vet ikke

26. Hvis ja, kryss av for når du opplevde endret aktivitet/sparking hos barnet og om du oppsøkte lege eller jordmor på grunn av det.

(Du kan krysse av for flere perioder.)

Svanger- skapsuke	Mindre spark enn vanlig	Mer spark enn vanlig	Oppsøkte lege/jordmor	
			Nei	Ja
Før uke 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29-34	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uke 35 og senere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

27. Har du i de siste 3 måneder før fødselen eller etter fødselen hatt perioder som var preget av følgende:

	Hvis ja				
	Nei	Ja	I siste 3 mnd. av svangersk.	0-3 mnd. etter fødsel	4-6 mnd. etter fødsel
Mental og/eller fysisk utmattelse	<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"/>
Nedstemthet	<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"/>
Problemer med å utføre daglige gjøremål, jobb, skole etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

28. Oppsto det komplikasjoner under fødselen?

- Nei
 Ja

Hvis ja, beskriv: _____

Helse og sykdom

29. Har du en kronisk/langvarig sykdom som oppstod i siste del av svangerskapet eller etter at du fødte?

- Nei
 Ja, hvilken: _____

+

+

30. Var du helt eller delvis sykemeldt i svangerskapet etter svangerskapsuke 30? Hvis ja, angi årsaken.

(Regn ikke med fødselspermisjon)

- Nei
- Ja, delvis sykemeldt, antall uker Årsak: _____
- Ja, helt sykemeldt, antall uker Årsak: _____

31. Har du vært innlagt på sykehus utenom selve fødselen i siste del av svangerskapet eller i tiden etter fødselen?

- Nei
 Ja, i siste del av svangerskapet
 Ja, etter fødselen

Hva var diagnosen? _____

Hvilket sykehus? _____

32. Har du opplevd noe av dette i siste del av svangerskapet, eller etter fødselen? Hvis ja, kryss av for når det var. (Du kan krysse av for flere perioder.)

			I svangerskapsuke			Etter fødsel	
	Nei	Ja	21-28	29-34	35+	0-3 mnd	4 mnd+
1. Langvarig kvalme med oppkast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Blærekatarr/nyrebekkenbetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Halsbetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bihule/ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
7. Lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Feber over 38 grader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sukker i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Svangerskapsforgiftning/Preeklampsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Utmattelsessyndrom/ME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

beskriv: _____

Om influensa

33. Har du hatt influensa etter 1. april 2009?

- Vet ikke
 Nei, gå til spørsmål 40
 Ja, når var det?

Måned År

+

34. Oppsøkte du lege for influensa?

- Nei Ja

Hvis ja, Nei Ja Vet ikke

Ble det tatt neseprøve av deg?

Ble det tatt blodprøve av deg?.....

Bekreftet prøven at det var influensa? ..

35. Hvor syk følte du deg?

- Nesten ikke syk +
 Ganske syk, lå i flere dager
 Veldig syk
 Innlagt på sykehus

44. Har du brukt medisiner mot influensa eller andre medisiner i løpet av de siste 6 måneder?

 Nei Ja

+

45. Hvis ja, hvilken type medisin brukte du, og hvor mange dager til sammen?

	Antall dager brukt		
	1-5	6-10	mer enn 10
Influensamedisin:			
Tamiflu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febersenkende medisiner:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn på medisin _____			
Antibiotika:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn på medisin _____			+
Annen medisin på resept:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn på medisin _____			
Annen medisin uten resept:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn på medisin _____			

+

46. Kryss av om du har brukt vitaminer eller kosttilskudd i siste del av svangerskapet eller etter fødselen. Oppgi navn på preparatet og når du har brukt det. Ta med alle slags kosttilskudd, også naturpreparater og alternative medisiner.

Navn på preparat	Siste del av svangerskap	Etter fødsel
<input type="checkbox"/> Tran _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> (Annen) Omega-3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Folat (egne tabletter 0,4 mg) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Multivitamin/mineral _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annet vitamin/kosttilsk. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annet vitamin/kosttilsk. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Livsstil

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

(Fyll ut fra tiden før, under og etter dette svangerskapet.)

	Før siste svangerskap	Første halvpart av svangerskap	Siste halvpart av svangerskap	Nå for tiden
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre enn en gang per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ganger per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 ganger per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ganger per uke eller mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

48. Hvordan har dine og samboer/ektefelles røykevaner vært de siste 3 måneder i svangerskapet og i tiden etter fødselen?

(Sett kryss for hver periode.)

+	Deg selv			Din samboer/ektefelle		
	Siste 3 mndr. i svangerskapet	0-3 mndr. etter fødselen	4-6 mndr. etter fødselen	Siste 3 mndr. i svangerskapet	0-3 mndr. etter fødselen	4-6 mndr. etter fødselen
Røykte ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røykte av og til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røykte daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis daglig, antall sigaretter per dag.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hvis av og til, antall sigaretter per uke.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

49. Oppholder barnet seg i rom hvor noen røyker?

Nei Ja, av og til Ja, flere ganger i uken Ja, daglig

+

50. Hvor ofte og hvor mange enheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? (Se forklaring om enheter alkohol i rammen.)

(Sett ett kryss for hver linje)

	Hver dag	3-5 ganger i uken	1-2 ganger i uken	1-3 ganger i måneden	Sjeldnere enn 1 gang i måneden	Aldri
10 eller flere enheter	<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"/>

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 dramme glass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 enhet

Mer om hvordan du har det

51. Har du en ektefelle/samboer/partner?

Nei
 Ja

+

52. Hvis du har en ektefelle/ samboer/ partner, hvor enig 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"/>

53. 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. Stådig 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"/>

+

55. Har du de siste 12 månedene 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"/>

+

56. 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 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"/>

+

Kommentarer eller utfyllende opplysninger

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

Tusen takk for hjelpen!

+

+