

# den norske Mor & barn undersøkelsen

## Spørreskjema 3 – ca. svangerskapsuke 30

Dette spørreskjemaet gjelder for det meste tiden etter svangerskapsuke 12. Vi stiller deg en del spørsmål som du kanskje vil kjenne igjen fra det første spørreskjemaet. Vi gjør dette fordi vi ønsker å følge din og barnets utvikling videre. Det vil være en fordel om du finner frem ditt Helsekort for gravide før du begynner å besvare spørsmålene, slik at du kan benytte opplysningene som står der under utfyllingen av spørreskjemaet. Hvis du synes at et spørsmål er for ubehagelige eller vanskelig å svare på kan du la være å svare på det spørsmålet og gå videre til det neste.

**Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:**

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- 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: ☐
- I de store, grønne boksene skriver du tall eller store blokkbokstaver.

**Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet i boksene, slik:**

Tall: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 Bokstaver: A B C D

- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall bruker du den høyre ruten. *Eksempel: 5 skrives slik*
- Flere steder i skjemaet ber vi om at du angir svaret i forhold til antall svangerskapsuker. *Eksempel: Hvis du skal angi noe som skjedde 14 uker etter siste menstruasjon, krysser du av for uke 13-16.*
- Spesielle opplysninger som f.eks. medikamenter skriver du fritt inne i boksene eller på de åpne linjene.
- Vennligst skriv tydelig med **STORE BOKSTAVER**.
- Husk å fylle ut dato for utfylling av skjemaet

**Så snart du har fylt ut skjemaet, sender du det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.**

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2007)

## Svangerskapskontroll og helse

1. Hvor har du gått til svangerskapskontroll? (Du kan sette flere kryss). Oppgi hvor mange ganger på hvert sted.

helsestasjon	<input type="checkbox"/>	ganger
legekontor/legesenter	<input type="checkbox"/>	ganger
sykehusets poliklinikk	<input type="checkbox"/>	ganger

2. Hvem har du gått til svangerskapskontroll hos? (Du kan sette flere kryss). Oppgi hvor mange ganger.

jordmor	<input type="checkbox"/>	ganger
allmennpraktiserende lege	<input type="checkbox"/>	ganger
gynekolog	<input type="checkbox"/>	ganger
helseøster	<input type="checkbox"/>	ganger

3. Er legen du har gått til mann eller kvinne? Hvor mange ganger har du gått til ham/henne?

Allmennpraktiserende lege	<input type="checkbox"/>	ganger
	<input type="checkbox"/>	ganger
Gynekolog	<input type="checkbox"/>	ganger
	<input type="checkbox"/>	ganger

4. Hvis du går eller har gått til svangerskapskontroll hos privatpraktiserende gynekolog eller på poliklinikk, hva er eller var grunnen?

<input type="checkbox"/>	henvist på grunn av komplikasjoner i dette svangerskapet
<input type="checkbox"/>	henvist på grunn av tidligere sykdom eller komplikasjoner i tidligere svangerskap
<input type="checkbox"/>	eget initiativ uten henvisning
<input type="checkbox"/>	henvist av annen grunn

### 5. Hvor enig er du i følgende påstander om svangerskapskontrollene du har gått til?

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Jeg har fått tilstrekkelig råd og informasjon .....	<input type="checkbox"/> 5.1	<input type="checkbox"/> 5.1	<input type="checkbox"/> 5.1	<input type="checkbox"/> 5.1	<input type="checkbox"/> 5.1	<input type="checkbox"/> 5.1
Jeg har blitt godt ivarettatt som person .....	<input type="checkbox"/> 5.2	<input type="checkbox"/> 5.2	<input type="checkbox"/> 5.2	<input type="checkbox"/> 5.2	<input type="checkbox"/> 5.2	<input type="checkbox"/> 5.2
Jeg har ikke fått nok tid under kontrollene .....	<input type="checkbox"/> 5.3	<input type="checkbox"/> 5.3	<input type="checkbox"/> 5.3	<input type="checkbox"/> 5.3	<input type="checkbox"/> 5.3	<input type="checkbox"/> 5.3
Jeg har følt meg trygg under kontrollene .....	<input type="checkbox"/> 5.4	<input type="checkbox"/> 5.4	<input type="checkbox"/> 5.4	<input type="checkbox"/> 5.4	<input type="checkbox"/> 5.4	<input type="checkbox"/> 5.4
Jeg kunne snakke om det jeg har hatt behov for .....	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 5.5	<input type="checkbox"/> 5.5
Totalt sett er jeg fornøyd med helsevesenets oppfølging av meg .....	<input type="checkbox"/> 5.6	<input type="checkbox"/> 5.6	<input type="checkbox"/> 5.6	<input type="checkbox"/> 5.6	<input type="checkbox"/> 5.6	<input type="checkbox"/> 5.6

### 6. Har du kontaktet jordmor eller lege utenom de vanlige kontrollene?

	Nei	Ja
Jordmor .....	<input type="checkbox"/> 6.1	<input type="checkbox"/> 6.1
Lege .....	<input type="checkbox"/> 6.2	<input type="checkbox"/> 6.2

### 7. Hvis ja, var det vanskelig å komme til?

	Jordmor	Lege
Ikke vanskelig .....	<input type="checkbox"/> 7.1	<input type="checkbox"/> 7.2
Litt vanskelig .....	<input type="checkbox"/> 7.1	<input type="checkbox"/> 7.2
Svært vanskelig .....	<input type="checkbox"/> 7.1	<input type="checkbox"/> 7.2

### 8. Er det blitt gjort gynekologisk undersøkelse (innvendig undersøkelse av underlivet) av deg mens du har vært gravid? Hvis ja, hvor mange ganger?

☐ 8.1 ☐ 8.2 ganger

### 9. Hvor mange ganger i svangerskapet har du fått utført ultralydundersøkelse?

Utenpå magen ☐ 9.1 ganger

I skjeden ☐ 9.2 ganger

### 10. Hvor mange barn venter du?

☐ 10.1

### 11. Har du fått tilbud om fostervannsprøve eller morkakeprøve?

☐ 11.1 (gå til spørsmål 16)

☐ 11.2

### 12. Hvis ja, ble prøven(e) utført, og hva viste den/de.

	Ble prøven(e) utført?	Viste prøven(e) normale forhold?
	Ja Nei	Ja Nei
Fostervannsprøve .....	<input type="checkbox"/> 12.1 <input type="checkbox"/> 12.1	<input type="checkbox"/> 12.1 <input type="checkbox"/> 12.1
Morkakeprøve .....	<input type="checkbox"/> 12.2 <input type="checkbox"/> 12.2	<input type="checkbox"/> 12.2 <input type="checkbox"/> 12.2

### Dersom prøven(e) ikke viste normale forhold beskriv:

☐ 12.3

### 13. Hvis det ble utført fostervannsprøve/morkakeprøve, hva var grunnen?

☐ 13.1 a grunn av min alder (vanligvis 38 år eller eldre ved termin)

☐ 13.2 tidligere barn med kromosomsykdom

☐ 13.3 tidligere barn med nevraltørdefekt (ryggmargsbrokk)

☐ 13.4 epilepsi (medisiner mot epilepsi)

☐ 13.5 unn ved ultralyd

☐ 13.6 annet

### 14. Oppsto det komplikasjoner de nærmeste 2 ukene etter fostervannsprøven ble tatt?

☐ 14.1 Nei

☐ 14.2

### 15. Hvis ja, hvilke komplikasjoner?

☐ 15.1 blødning fra skjeden

☐ 15.2 fostervannsløkkasje

☐ 15.3 magesmerter (menstruasjonsliknende eller sterkere)

☐ 15.4 2

☐ 15.4 1

☐ 15.4 1

### 16. Er det blitt tatt røntgenbilder av deg under svangerskapet?

☐ 16.1 Nei

☐ 16.2

### 17. Hvis ja, hva ble det tatt bilde av? Oppgi hvor mange ganger og i hvilke svangerskapsuker (Du kan sette flere kryss.)

	I svangerskapsuker							Antall ganger
	0-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29+		
Tenner.....	<input type="checkbox"/> 17.1	<input type="checkbox"/> 17.1	<input type="checkbox"/> 17.1	<input type="checkbox"/> 17.1	<input type="checkbox"/> 17.1	<input type="checkbox"/> 17.1	<input type="checkbox"/> 17.1	
Lunger.....	<input type="checkbox"/> 17.2	<input type="checkbox"/> 17.2	<input type="checkbox"/> 17.2	<input type="checkbox"/> 17.2	<input type="checkbox"/> 17.2	<input type="checkbox"/> 17.2	<input type="checkbox"/> 17.2	
Armer og bein.....	<input type="checkbox"/> 17.3	<input type="checkbox"/> 17.3	<input type="checkbox"/> 17.3	<input type="checkbox"/> 17.3	<input type="checkbox"/> 17.3	<input type="checkbox"/> 17.3	<input type="checkbox"/> 17.3	
Bekken/mage/rygg	<input type="checkbox"/> 17.4	<input type="checkbox"/> 17.4	<input type="checkbox"/> 17.4	<input type="checkbox"/> 17.4	<input type="checkbox"/> 17.4	<input type="checkbox"/> 17.4	<input type="checkbox"/> 17.4	
Annet .....	<input type="checkbox"/> 17.5	<input type="checkbox"/> 17.5	<input type="checkbox"/> 17.5	<input type="checkbox"/> 17.5	<input type="checkbox"/> 17.5	<input type="checkbox"/> 17.5	<input type="checkbox"/> 17.5	

### 18. Har du fått behandling for å stoppe for tidlig (prematur) fødsel i dette svangerskapet? (Du kan sette flere kryss.)

☐ 18.1 Nei

☐ 18.2 ja, måtte ta det med ro eller ligge

☐ 18.3 ja, fikk medisiner

### Hvilke medisiner?

### 19. Har du blitt vaksinert i dette svangerskapet?

☐ 19.1 Nei

☐ 19.2

☐ 19.2

Hvilken vaksine?

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

☐ 20.1 Nei

☐ 20.2

### 21. Hvis ja, hvor høyt var det på det høyeste i dette svangerskapet? (Med høyt blodtrykk menes ett eller begge tall over 140/90) (Se i Helsekortet ditt.)

☐ 21.1 / ☐ 21.2 Eks. 150/ 95

☐ 21.3

☐ 21.3

### 22. Har du hatt høyt blodtrykk uten å være gravid?

☐ 22.1 Nei

☐ 22.2

☐ 22.3

### 23. Hvis ja, hvor høyt var det på det høyeste utenom svangerskapet?

☐ 23.1 / ☐ 23.2 Eks. 150/ 95

☐ 23.3

☐ 23.3

24. Hva har dine blodprosent/hemoglobinverdier (Hb) vært i dette svangerskapet? (Se i Helsekortet ditt. Noter verdi ved siste kontroll, samt høyeste og laveste verdi.)

	Hemoglobin (Hb)	Svangerskapsuke
Ved siste kontroll i svangerskapet	<input type="text" value="u 24 1 1"/>	<input type="text" value="u 24 1 2"/>
Høyeste verdi i svangerskapet	<input type="text" value="u 24 2 1"/>	<input type="text" value="u 24 2 2"/>
Laveste verdi i svangerskapet	<input type="text" value="u 24 3 1"/>	<input type="text" value="u 24 3 2"/>
<input type="text" value="u 24 4 1"/> Nei		

25. Hvor mye veide du ved siste kontroll, og når var det? (Se i Helsekortet ditt.)

Vekt  kg

Dato for siste kontroll  dag  måned  år

26. Har du vært innlagt på sykehus etter at du ble gravid?

Nei  Ja, i hvilke(t) sykehus

27. Hvis ja, hva var årsaken til innleggelsen og når var det? (Du kan sette flere kryss.)

	I hvilke svangerskapsuker var du innlagt?
	0-4 5-8 9-12 13-16 17-20 21-24 25-28 29+
<input type="text" value="u 27 1 1"/> Langvarig kvalme/brøknings	<input type="text" value="u 27 1 2"/> <input type="text" value="u 27 1 3"/> <input type="text" value="u 27 1 4"/> <input type="text" value="u 27 1 5"/> <input type="text" value="u 27 1 6"/> <input type="text" value="u 27 1 7"/> <input type="text" value="u 27 1 8"/> <input type="text" value="u 27 1 9"/>
<input type="text" value="u 27 2 1"/> Blødning	<input type="text" value="u 27 2 2"/> <input type="text" value="u 27 2 3"/> <input type="text" value="u 27 2 4"/> <input type="text" value="u 27 2 5"/> <input type="text" value="u 27 2 6"/> <input type="text" value="u 27 2 7"/> <input type="text" value="u 27 2 8"/> <input type="text" value="u 27 2 9"/>
<input type="text" value="u 27 3 1"/> Postervannselekkasje	<input type="text" value="u 27 3 2"/> <input type="text" value="u 27 3 3"/> <input type="text" value="u 27 3 4"/> <input type="text" value="u 27 3 5"/> <input type="text" value="u 27 3 6"/> <input type="text" value="u 27 3 7"/> <input type="text" value="u 27 3 8"/> <input type="text" value="u 27 3 9"/>
<input type="text" value="u 27 4 1"/> Tidende fødsel	<input type="text" value="u 27 4 2"/> <input type="text" value="u 27 4 3"/> <input type="text" value="u 27 4 4"/> <input type="text" value="u 27 4 5"/> <input type="text" value="u 27 4 6"/> <input type="text" value="u 27 4 7"/> <input type="text" value="u 27 4 8"/> <input type="text" value="u 27 4 9"/>
<input type="text" value="u 27 5 1"/> Høyt blodtrykk	<input type="text" value="u 27 5 2"/> <input type="text" value="u 27 5 3"/> <input type="text" value="u 27 5 4"/> <input type="text" value="u 27 5 5"/> <input type="text" value="u 27 5 6"/> <input type="text" value="u 27 5 7"/> <input type="text" value="u 27 5 8"/> <input type="text" value="u 27 5 9"/>
<input type="text" value="u 27 6 1"/> Svangerskapsforgiftning	<input type="text" value="u 27 6 2"/> <input type="text" value="u 27 6 3"/> <input type="text" value="u 27 6 4"/> <input type="text" value="u 27 6 5"/> <input type="text" value="u 27 6 6"/> <input type="text" value="u 27 6 7"/> <input type="text" value="u 27 6 8"/> <input type="text" value="u 27 6 9"/>
<input type="text" value="u 27 7 1"/> Annen	<input type="text" value="u 27 7 2"/> <input type="text" value="u 27 7 3"/> <input type="text" value="u 27 7 4"/> <input type="text" value="u 27 7 5"/> <input type="text" value="u 27 7 6"/> <input type="text" value="u 27 7 7"/> <input type="text" value="u 27 7 8"/> <input type="text" value="u 27 7 9"/>

28. Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter eller tunge løft?

Ja  Nei

30. Hvor ofte har du urinlekkasje?

Aldri  Gjeldnere enn en gang pr. måned.

En eller flere ganger pr. måned  En eller flere ganger pr. uke

Hver dag og/eller hver natt

29. Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatingstrang?

Ja  Nei

31. Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang?

Ikke aldri  Dråper eller lite

En håndskvetter  Større mengder

32. Har du eller har du noen gang hatt smerter i noen av de følgende kroppsdeler? Sett kryss for hvor og når det var. (Du kan sette flere kryss.)

	I dette svangerskap			I tidligere svangerskap			Mellom svangerskap			Før ditt første svangerskap		
	Nei	Endel plaget	Sterkt plaget	Endel plaget	Sterkt plaget	Endel plaget	Sterkt plaget	Endel plaget	Sterkt plaget	Endel plaget	Sterkt plaget	
I korsryggen	<input type="text" value="u 32 1 1"/>	<input type="text" value="u 32 1 2"/>	<input type="text" value="u 32 1 3"/>	<input type="text" value="u 32 1 4"/>	<input type="text" value="u 32 1 5"/>	<input type="text" value="u 32 1 6"/>	<input type="text" value="u 32 1 7"/>	<input type="text" value="u 32 1 8"/>	<input type="text" value="u 32 1 9"/>	<input type="text" value="u 32 1 10"/>	<input type="text" value="u 32 1 11"/>	
Over det ene bekkenleddet bak	<input type="text" value="u 32 2 1"/>	<input type="text" value="u 32 2 2"/>	<input type="text" value="u 32 2 3"/>	<input type="text" value="u 32 2 4"/>	<input type="text" value="u 32 2 5"/>	<input type="text" value="u 32 2 6"/>	<input type="text" value="u 32 2 7"/>	<input type="text" value="u 32 2 8"/>	<input type="text" value="u 32 2 9"/>	<input type="text" value="u 32 2 10"/>	<input type="text" value="u 32 2 11"/>	
Over begge bekkenleddene bak	<input type="text" value="u 32 3 1"/>	<input type="text" value="u 32 3 2"/>	<input type="text" value="u 32 3 3"/>	<input type="text" value="u 32 3 4"/>	<input type="text" value="u 32 3 5"/>	<input type="text" value="u 32 3 6"/>	<input type="text" value="u 32 3 7"/>	<input type="text" value="u 32 3 8"/>	<input type="text" value="u 32 3 9"/>	<input type="text" value="u 32 3 10"/>	<input type="text" value="u 32 3 11"/>	
Over halebeinet	<input type="text" value="u 32 4 1"/>	<input type="text" value="u 32 4 2"/>	<input type="text" value="u 32 4 3"/>	<input type="text" value="u 32 4 4"/>	<input type="text" value="u 32 4 5"/>	<input type="text" value="u 32 4 6"/>	<input type="text" value="u 32 4 7"/>	<input type="text" value="u 32 4 8"/>	<input type="text" value="u 32 4 9"/>	<input type="text" value="u 32 4 10"/>	<input type="text" value="u 32 4 11"/>	
I setebellene	<input type="text" value="u 32 5 1"/>	<input type="text" value="u 32 5 2"/>	<input type="text" value="u 32 5 3"/>	<input type="text" value="u 32 5 4"/>	<input type="text" value="u 32 5 5"/>	<input type="text" value="u 32 5 6"/>	<input type="text" value="u 32 5 7"/>	<input type="text" value="u 32 5 8"/>	<input type="text" value="u 32 5 9"/>	<input type="text" value="u 32 5 10"/>	<input type="text" value="u 32 5 11"/>	
Foran, over kjønnsbeinet	<input type="text" value="u 32 6 1"/>	<input type="text" value="u 32 6 2"/>	<input type="text" value="u 32 6 3"/>	<input type="text" value="u 32 6 4"/>	<input type="text" value="u 32 6 5"/>	<input type="text" value="u 32 6 6"/>	<input type="text" value="u 32 6 7"/>	<input type="text" value="u 32 6 8"/>	<input type="text" value="u 32 6 9"/>	<input type="text" value="u 32 6 10"/>	<input type="text" value="u 32 6 11"/>	
I lysken	<input type="text" value="u 32 7 1"/>	<input type="text" value="u 32 7 2"/>	<input type="text" value="u 32 7 3"/>	<input type="text" value="u 32 7 4"/>	<input type="text" value="u 32 7 5"/>	<input type="text" value="u 32 7 6"/>	<input type="text" value="u 32 7 7"/>	<input type="text" value="u 32 7 8"/>	<input type="text" value="u 32 7 9"/>	<input type="text" value="u 32 7 10"/>	<input type="text" value="u 32 7 11"/>	
Andre ryggsmarter	<input type="text" value="u 32 8 1"/>	<input type="text" value="u 32 8 2"/>	<input type="text" value="u 32 8 3"/>	<input type="text" value="u 32 8 4"/>	<input type="text" value="u 32 8 5"/>	<input type="text" value="u 32 8 6"/>	<input type="text" value="u 32 8 7"/>	<input type="text" value="u 32 8 8"/>	<input type="text" value="u 32 8 9"/>	<input type="text" value="u 32 8 10"/>	<input type="text" value="u 32 8 11"/>	

## 33. Våkner du om natten på grunn av bekkensmerter?

☐ Ja, ofte

☐ Ja, en sjelden gang

☐ Nei, aldri

## 34. Har du så store vansker med å gå på grunn av bekkensmerter at du må bruke stokk eller krykker?

☐ Ja, aldri

☐ Ja, men ikke hver dag, smertene varierer fra dag til dag

☐ Ja, må bruke stokk eller krykker hver dag

## 35. Har du fått bedøvelse i forbindelse med operasjon eller tannlegebehandling i løpet av dette svangerskapet?

☐ Nei

☐ Ja

## 36. Hvis ja, hvilken type bedøvelse fikk du? (Du kan sette flere kryss.)

☐ Generell (full) narkose

☐ Spinal bedøvelse (i ryggmargen)

☐ Lokal bedøvelse

☐ Vet ikke

## 37. Har du vært hos tannlege i løpet av dette svangerskapet?

☐ Nei

☐ Ja

## 38. Hvis ja, har tannlegen utført noen av følgende behandling-er i dette svangerskapet? (Du kan sette flere kryss.)

Ja      Nei

Satt inn nye amalgamfyllinger (sølvfyllinger) . ☐ ☐

Fjernet/skiftet ut amalgamfyllinger . . . . . ☐ ☐

Satt inn nye hvite fyllinger . . . . . ☐ ☐

## 39. Hvor mange tenner har du totalt, og omtrent hvor mange av tennene har fyllinger? (Se i speilet og tell dem.)

Totalt antall tenner:

Antall tenner med amalgamfyllinger:

Antall tenner med andre typer fyllinger:

## 40. Blør du for tiden fra tannkjøttet når du pusser tennene?

☐ Nei, sjelden eller aldri

☐ Ja, av og til

☐ Ja, ofte

☐ Ja, nesten alltid

## 41. Har du fått utført tatovering eller piercing inkludert ekstra hull i ørene? (Ta ikke med vanlig hull i ørene, dvs. ett hull i hvert øre)

☐ Nei

☐ Ja

## 42. Hvis ja, hvor ble det utført og når var det? (Du kan sette flere kryss)

Tatovering

Piercing

Før dette svangerskapet:

I Norge . . . . .

☐

☐

I utlandet . . . . .

☐

☐

I dette svangerskapet:

I Norge . . . . .

☐

☐

I utlandet . . . . .

☐

☐

## 43. Har du noen gang fått blodoverføring? Hvis ja oppgi antall ganger.

☐ Nei

☐ Ja, i dette svangerskapet

ganger

☐ Ja, før dette svangerskapet

ganger

## 44. Hvis ja, i hvilke land og hvilket år?

(Oppgi de to siste gangene)

Land:

År

Land:

## 45. Har du noen gang vært operert i brystene?

☐ Nei

☐ Ja

## 46. Hvis ja, var det:

☐ Brystforstørrelse

☐ Brystreduksjon

☐ Røft/kreftprøve

☐ Annhet beskriv:

## 47. Har du hatt celleforandringer på livmorhalsen?

☐ Nei

☐ Ja

Årstall da det ble påvist første gang

## 48. Har du blitt operert på livmorhalsen?

☐ Nei

☐ Ja

Årstall da du ble operert

## 49. Har du noen gang fått sprøyte med gammaglobulin? (Brukes for å forebygge gulsott (hepatitt A) oftest i forbindelse med utenlandsreiser.)

☐ Nei

☐ Ja

Hvis ja, i hvilket år?



# Hvordan har du hatt det siden sist?

Nå følger noen spørsmål som handler om tiden etter 13. svangerskapsuke.

50. Har du hatt en eller flere blødninger fra skjeden etter 13. svangerskapsuke?

☐ Nei

☐ Ja

51. Hvis ja, kryss av for hvor mye du blødde, i hvilke svangerskapsuker og hvor mange dager blødningen varte. (Hvis mer enn 2 blødninger, beskriv de 2 siste.)

	Kryss av for blødningsmengde (sporblødning betyr noen dråper)	I hvilke svangerskapsuker hadde du blødningen?				Blødningen varte i antall dager	
		13-16	17-20	21-24	25-28		29+
1. <input type="checkbox"/> Sporblødning	<input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning	<input type="checkbox"/> Store mengder	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+				<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
2. <input type="checkbox"/> Sporblødning	<input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning	<input type="checkbox"/> Store mengder	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+				
<input type="checkbox"/> Hvis mer enn 2 blødningsepisoder, angi antall							

52. Kjenner du årsaken til at du blødde?

☐ Nei

☐ Ja

54. Har du vært plaget av kynnere / forveer?

☐ Nei

☐ Ja, litt plaget

☐ Ja, mye plaget

53. Hvis ja, hva var årsaken(e)? (Du kan sette flere kryss.)

☐ Morkaken ligger for langt nede (vanskelig plassert/  
placenta prævia)

☐ For tidlig løsning av morkaken (abruptio/ablatio placenta)

☐ Tidlig abort/for tidlig fødsel

☐ Sar på livmorhalsen, slimhinneblødning

☐ Etter samleie

☐ Annen årsak

55. Har du eller har du hatt noen av de følgende sykdommene eller helseplagene etter 13. svangerskapsuke? Hvis du har brukt tabletter, miksturer, stikkpiller, inhalasjoner, salver osv. i forbindelse med sykdommen eller helseplage, oppgi navnet på medisinen(e) og når du brukte dem og hvor lenge. (Du kan sette flere kryss.) (Dette gjelder alle typer medikamenter, både faste og ikke-faste og naturmedisiner. Ikke før inn vitaminer og kost-tilskudd - disse spør vi om senere i skjemaet.)

	I hvilke svangerskapsuker var du plaget?					Navn på medisiner du brukte	I hvilke svangerskapsuker brukte du medisiner?					Antall dager brukt
	13-16	17-20	21-24	25-28	29+		13-16	17-20	21-24	25-28	29+	
1 Bekkenløsning	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+						<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
2 Rygg smerter	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+						<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
3 Andre smerter i muskler/ledd	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+						<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
4 Kvalme	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+						<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
5 Langvarig kvalme med brekninger/oppkast	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+						<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
6 Soppinfeksjon i skjeden	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+						<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
7 Annen skjedekatarr/ uvanlig utflod	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+						<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
8 Svangerskapskløe	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+						<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
9 Treg mage	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+						<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
10 Diaré/omgangssyke	<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+						<input type="checkbox"/> 13-16 <input type="checkbox"/> 17-20 <input type="checkbox"/> 21-24 <input type="checkbox"/> 25-28 <input type="checkbox"/> 29+					<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10

Fortsettelse...

LN83

	I hvilke svangerskapsuker var du plaget?					Navn på medisiner du brukte	I hvilke svangerskapsuker brukte du medisiner?					Antall dager brukt
	13-16	17-20	21-24	25-28	29+		13-16	17-20	21-24	25-28	29+	
11 Uvanlig tretthet/søvnighet ..	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
12 Halsbrann/sure oppstøt .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
13 Hevelse i kroppen (ødem) .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
14 Forkjølelse .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
15 Halsbetennelse .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
16 Bihule-/ørebetennelse	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
17 Influensa .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
18 Lungebetennelse/bronkitt .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
19 Annen hoste .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
20 Sukker i urinen .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
21 Eggehvite (protein) i urin .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
22 Blærekatarr .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
23 Urinlekkasje .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
24 Høyt blodtrykk .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
25 Leggkramper .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
26 Astma .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
27 Høysnue/annen allergi .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
28 Hodepine/migrene ..	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
29 Depresjon .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
30 Andre psykiske plager	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>
31 Annet .....	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>

56. Dersom du har hatt feber en eller flere ganger etter 13. svangerskapsuke, angi i hvilke svangerskapsuker, navn på febernedssettende medisiner du har brukt og høyeste målte temperatur. (Hvis mer enn 3 ganger, kryss av for de 3 siste.)

	I hvilke svangerskapsuker hadde du feber?					Hvis du brukte febernedssettende medisiner, hvilke medisiner brukte du?	Høyeste målte temperatur (f.eks. 38,9° C)	Målte ikke temperatur
	13-16	17-20	21-24	25-28	29+			
1. gang	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. gang	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. gang	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 56.41	Feber mer enn 3 ganger							

57. Har du brukt andre medisiner etter 13. svangerskapsuke som du ikke har nevnt tidligere, for eksempel sovemidler eller beroligende midler? Oppgi navn, når du har tatt disse og hvor mange dager tilsammen. (Ta med alle typer medisiner, både faste og ikke-faste og naturmedisiner, men ikke vitaminer og kosttilskudd – det kommer i neste spørsmål.)

**Navn på medisiner**

(f.eks. Valium, Rohypnol, Paracet)

Bruk av medisiner i svangerskapsuke  
13–16 17–20 21–24 25–28 29+

Antall dager  
brukt

u 57 1 1		u 57 1 2	u 57 1 3	u 57 1 4	u 57 1 5	u 57 1 6	u 57 1 7
u 57 2 1		u 57 2 2	u 57 2 3	u 57 2 4	u 57 2 5	u 57 2 6	u 57 2 7
u 57 3 1		u 57 3 2	u 57 3 3	u 57 3 4	u 57 3 5	u 57 3 6	u 57 3 7
u 57 4 1		u 57 4 2	u 57 4 3	u 57 4 4	u 57 4 5	u 57 4 6	u 57 4 7

58. Har du i løpet av dette svangerskapet vært utsatt for en ulykke eller skade (f.eks. trafikkulykke, fall, slag mot magen)?

u 58 1  
u 58 2

59. Hvis ja, i hvilken svangerskapsuke?

u 59



## Vitaminer, mineraler og kosttilskudd

60. Har du brukt vitaminer, mineraler eller annet kosttilskudd etter 13. svangerskapsuke?

u 60 1 (gå til spørsmål 64)  
u 60 2



61. Hvis ja, vennligst finn frem eske/glass og bruk innholdslisten til å fylle ut tabellen nedenfor: (F.eks. hvis du har tatt tran hver dag fra svangerskapsuke 13, skal du sette ett kryss for hver periode under "I hvilke svangerskapsuke" (dvs. 5 kryss) og ett kryss for "Daglig" under "Hvor ofte".)

	I hvilke svangerskapsuke brukte du tilskudd?					Omtrent hvor ofte brukte du dette?		
	13–16	17–20	21–24	25–28	29+	Daglig	4-6 ganger pr. uke	1-3 ganger pr. uke
1 Folat/folsyre	u 61 1 1	u 61 1 2	u 61 1 3	u 61 1 4	u 61 1 5		u 61 1 6	u 61 1 6
2 Vitamin B1 (Thiamin)	u 61 2 1	u 61 2 2	u 61 2 3	u 61 2 4	u 61 2 5		u 61 2 6	u 61 2 6
3 Vitamin B2 (Riboflavin)	u 61 3 1	u 61 3 2	u 61 3 3	u 61 3 4	u 61 3 5		u 61 3 6	u 61 3 6
4 Vitamin B6 (Pyriksin)	u 61 4 1	u 61 4 2	u 61 4 3	u 61 4 4	u 61 4 5		u 61 4 6	u 61 4 6
5 Vitamin B12 (Cyanokobalamin)	u 61 5 1	u 61 5 2	u 61 5 3	u 61 5 4	u 61 5 5		u 61 5 6	u 61 5 6
6 Niacin	u 61 6 1	u 61 6 2	u 61 6 3	u 61 6 4	u 61 6 5		u 61 6 6	u 61 6 6
7 Pantotensyre (pantotenat)	u 61 7 1	u 61 7 2	u 61 7 3	u 61 7 4	u 61 7 5		u 61 7 6	u 61 7 6
8 Biotin	u 61 8 1	u 61 8 2	u 61 8 3	u 61 8 4	u 61 8 5		u 61 8 6	u 61 8 6
9 Vitamin C	u 61 9 1	u 61 9 2	u 61 9 3	u 61 9 4	u 61 9 5		u 61 9 6	u 61 9 6
10 Vitamin A	u 6110 1	u 6110 2	u 6110 3	u 6110 4	u 6110 5		u 6110 6	u 6110 6
11 Vitamin D	u 6111 1	u 6111 2	u 6111 3	u 6111 4	u 6111 5		u 6111 6	u 6111 6
12 Vitamin E	u 6112 1	u 6112 2	u 6112 3	u 6112 4	u 6112 5		u 6112 6	u 6112 6
13 Jern	u 6113 1	u 6113 2	u 6113 3	u 6113 4	u 6113 5		u 6113 6	u 6113 6
14 Kalk/kalsium	u 6114 1	u 6114 2	u 6114 3	u 6114 4	u 6114 5		u 6114 6	u 6114 6
15 Jod	u 6115 1	u 6115 2	u 6115 3	u 6115 4	u 6115 5		u 6115 6	u 6115 6
16 Sink	u 6116 1	u 6116 2	u 6116 3	u 6116 4	u 6116 5		u 6116 6	u 6116 6
17 Selen	u 6117 1	u 6117 2	u 6117 3	u 6117 4	u 6117 5		u 6117 6	u 6117 6
18 Kobber	u 6118 1	u 6118 2	u 6118 3	u 6118 4	u 6118 5		u 6118 6	u 6118 6
19 Krom	u 6119 1	u 6119 2	u 6119 3	u 6119 4	u 6119 5		u 6119 6	u 6119 6
20 Magnesium	u 6120 1	u 6120 2	u 6120 3	u 6120 4	u 6120 5		u 6120 6	u 6120 6
21 Tran	u 6121 1	u 6121 2	u 6121 3	u 6121 4	u 6121 5		u 6121 6	u 6121 6
22 Omega-3 fettsyre	u 6122 1	u 6122 2	u 6122 3	u 6122 4	u 6122 5		u 6122 6	u 6122 6

62. Oppgi fullstendig produkt navn på alle vitaminer og kosttilskudd du bruker. Ta også med naturmedisiner og slankepulver. (Skriv tydelig med blokkbokstaver da det skal leses maskinelt.)

1 Feks. **VITAPLEX MED JERN**

2

3

4

5

6

7

8

9

10

63. Hvis du bruker multivitamin (med eller uten mineraler), inneholder disse folat/folsyre?

Ja

Nei

Ikke



## Arbeid

64. Har du hatt inntektsgivende arbeid i dette svangerskapet?

Ja (gå til spørsmål 79)

Nei



69. Er arbeidsforholdene dine blitt endret i løpet av svangerskapet slik at de passer bedre for deg som gravid?

Ja

Nei



65. Er du i samme arbeidssituasjon nå etter 13. svangerskapsuke som det du beskrev i det første spørreskjemaet?

Ja

Nei (Gå til spørsmål 71)

66. Hvis nei, i hvilken svangerskapsuke ble arbeidssituasjonen endret?

Svangerskapsuke

67. Hvordan er arbeidssituasjonen din endret?

Ja har sluttet i arbeid

Nei har gått ned i redusert stilling

Ikke endret

68. Hvis du har sluttet, hvorfor gjorde du det?

Ja sa opp selv

Nei arbeidet var midlertidig (sesongarbeid, engasjement e.l.)

Ja ble sagt opp

Nei

70. Hvis nei, hvorfor er ikke arbeidsforholdene blitt endret slik at de passer bedre for deg?

Ja har vært nødvendig

Nei er umulig eller nesten umulig

Ja har bedt om forandringer, men ikke fått det

Nei er vanskelig å spørre

Ja ingen av svarene passer (forklar gjerne nærmere)

Nei

71. Hvilken arbeidstidsordning har du nå? (Du kan sette flere kryss.)

Ja, fast dagarbeid

Nei, fast ettermiddags- eller kveldsarbeid

Ja, fast nattarbeid

Nei, skiftarbeid eller turnusordning

Ja, ingen fast ordning (ekstrahjelp, ekstravakt, vikar og lignende)

Nei, annen ordning

72. Kryss av for følgende spørsmål som gjelder nåværende arbeid. (Kryss av for hver linje.)

Ja, daglig, mer enn halve arbeidstiden	Ja, daglig, mindre enn halve arbeidstiden	Ja, i perioder, men ikke daglig	Sjelden eller aldri
--	---	---------------------------------	---------------------

Hender det at du har så mye å gjøre at arbeidssituasjonen blir oppjaget og masete? ..

☐ Ja, daglig, mer enn halve arbeidstiden ☐ Ja, daglig, mindre enn halve arbeidstiden ☐ Ja, i perioder, men ikke daglig ☐ Sjelden eller aldri

Må du vri eller bøye deg mange ganger i timen? ..

☐ Ja, daglig, mer enn halve arbeidstiden ☐ Ja, daglig, mindre enn halve arbeidstiden ☐ Ja, i perioder, men ikke daglig ☐ Sjelden eller aldri

Arbeider du med hendene løftet i skulderhøyde eller høyere? ..

☐ Ja, daglig, mer enn halve arbeidstiden ☐ Ja, daglig, mindre enn halve arbeidstiden ☐ Ja, i perioder, men ikke daglig ☐ Sjelden eller aldri

Arbeider du stående/gående? ..

☐ Ja, daglig, mer enn halve arbeidstiden ☐ Ja, daglig, mindre enn halve arbeidstiden ☐ Ja, i perioder, men ikke daglig ☐ Sjelden eller aldri

I noen jobber kan man selv bestemme når ulike arbeidsoppgaver skal gjøres og i hvilke tempo. Man kan for eksempel velge å arbeide litt raskere visse dager og litt roligere andre dager. Har du den muligheten? ..

☐ Ja, daglig, mer enn halve arbeidstiden ☐ Ja, daglig, mindre enn halve arbeidstiden ☐ Ja, i perioder, men ikke daglig ☐ Sjelden eller aldri

Er du utsatt for så mye støy eller lyder at du synes det er ubehagelig? ..

☐ Ja, daglig, mer enn halve arbeidstiden ☐ Ja, daglig, mindre enn halve arbeidstiden ☐ Ja, i perioder, men ikke daglig ☐ Sjelden eller aldri

Er du utsatt for så mye støy eller lyder at du må heve stemmen for å snakke med andre, selv på en meters avstand? ..

☐ Ja, daglig, mer enn halve arbeidstiden ☐ Ja, daglig, mindre enn halve arbeidstiden ☐ Ja, i perioder, men ikke daglig ☐ Sjelden eller aldri





## 85. Bor du i nærheten av en høyspentledning?

- ☐ 85"1] i  
☐ 85"2] nærmere enn 50 meter  
☐ 85"3] 50 – 100 meter  
☐ 85"4] men mer enn 100 meter fra.



## 86. Hvor ofte har du gått på diskotek siden du fylte ut forrige spørreskjema?

- ☐ 86"1] Aldri  
☐ 86"2] minst 1–2 ganger i uken  
☐ 86"3] oftere



## 87. Hvor ofte er du fysisk aktiv nå for tiden? (Kryss av for hver linje.)

	Aldri	1-3 ganger pr. måned	1 gang pr. uke	2 ganger pr. uke	3 ganger eller mer pr. uke
1 Rolig gange/spasertur .....	<input type="checkbox"/> 87"1"1]	<input type="checkbox"/> 87"1"2]	<input type="checkbox"/> 87"1"3]	<input type="checkbox"/> 87"1"4]	<input type="checkbox"/> 87"1"5]
2 Rask gange/turgang .....	<input type="checkbox"/> 87"2"1]	<input type="checkbox"/> 87"2"2]	<input type="checkbox"/> 87"2"3]	<input type="checkbox"/> 87"2"4]	<input type="checkbox"/> 87"2"5]
3 Løping/jogging/orientering .....	<input type="checkbox"/> 87"3"1]	<input type="checkbox"/> 87"3"2]	<input type="checkbox"/> 87"3"3]	<input type="checkbox"/> 87"3"4]	<input type="checkbox"/> 87"3"5]
4 Sykling .....	<input type="checkbox"/> 87"4"1]	<input type="checkbox"/> 87"4"2]	<input type="checkbox"/> 87"4"3]	<input type="checkbox"/> 87"4"4]	<input type="checkbox"/> 87"4"5]
5 Helsestudio/styrketrening .....	<input type="checkbox"/> 87"5"1]	<input type="checkbox"/> 87"5"2]	<input type="checkbox"/> 87"5"3]	<input type="checkbox"/> 87"5"4]	<input type="checkbox"/> 87"5"5]
6 Spesiell gymnastikk/aerobics for gravide .....	<input type="checkbox"/> 87"6"1]	<input type="checkbox"/> 87"6"2]	<input type="checkbox"/> 87"6"3]	<input type="checkbox"/> 87"6"4]	<input type="checkbox"/> 87"6"5]
7 Aerobics/gymnastikk/dans uten løp og hopp .....	<input type="checkbox"/> 87"7"1]	<input type="checkbox"/> 87"7"2]	<input type="checkbox"/> 87"7"3]	<input type="checkbox"/> 87"7"4]	<input type="checkbox"/> 87"7"5]
8 Aerobics/gymnastikk/dans med løp og hopp .....	<input type="checkbox"/> 87"8"1]	<input type="checkbox"/> 87"8"2]	<input type="checkbox"/> 87"8"3]	<input type="checkbox"/> 87"8"4]	<input type="checkbox"/> 87"8"5]
9 Dansing (swing, rock, folkedans) .....	<input type="checkbox"/> 87"9"1]	<input type="checkbox"/> 87"9"2]	<input type="checkbox"/> 87"9"3]	<input type="checkbox"/> 87"9"4]	<input type="checkbox"/> 87"9"5]
10 Skigåing .....	<input type="checkbox"/> 87"10"1]	<input type="checkbox"/> 87"10"2]	<input type="checkbox"/> 87"10"3]	<input type="checkbox"/> 87"10"4]	<input type="checkbox"/> 87"10"5]
11 Ballspill/nettballspill .....	<input type="checkbox"/> 87"11"1]	<input type="checkbox"/> 87"11"2]	<input type="checkbox"/> 87"11"3]	<input type="checkbox"/> 87"11"4]	<input type="checkbox"/> 87"11"5]
12 Svømming .....	<input type="checkbox"/> 87"12"1]	<input type="checkbox"/> 87"12"2]	<input type="checkbox"/> 87"12"3]	<input type="checkbox"/> 87"12"4]	<input type="checkbox"/> 87"12"5]
13 Riding .....	<input type="checkbox"/> 87"13"1]	<input type="checkbox"/> 87"13"2]	<input type="checkbox"/> 87"13"3]	<input type="checkbox"/> 87"13"4]	<input type="checkbox"/> 87"13"5]
14 Annet .....	<input type="checkbox"/> 87"14"1]	<input type="checkbox"/> 87"14"2]	<input type="checkbox"/> 87"14"3]	<input type="checkbox"/> 87"14"4]	<input type="checkbox"/> 87"14"5]

## 88. Hvor ofte gjør du øvelser for disse muskelgruppene hjemme eller på trening nå for tiden? (Kryss av for hver linje.)

	Aldri	1-3 ganger pr. måned	1 gang pr. uke	2 ganger pr. uke	3 ganger eller mer pr. uke
Magemuskler .....	<input type="checkbox"/> 88"1"1]	<input type="checkbox"/> 88"1"2]	<input type="checkbox"/> 88"1"3]	<input type="checkbox"/> 88"1"4]	<input type="checkbox"/> 88"1"5]
Ryggmuskler .....	<input type="checkbox"/> 88"2"1]	<input type="checkbox"/> 88"2"2]	<input type="checkbox"/> 88"2"3]	<input type="checkbox"/> 88"2"4]	<input type="checkbox"/> 88"2"5]
Bekkenbunnsuskler (muskler rundt skjede, urinrør, endetarm) ...	<input type="checkbox"/> 88"3"1]	<input type="checkbox"/> 88"3"2]	<input type="checkbox"/> 88"3"3]	<input type="checkbox"/> 88"3"4]	<input type="checkbox"/> 88"3"5]

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

	I fritiden	På arbeid
Aldri .....	<input type="checkbox"/> 89"1"1]	<input type="checkbox"/> 89"2"1]
Mindre enn en gang pr. uke .....	<input type="checkbox"/> 89"1"2]	<input type="checkbox"/> 89"2"2]
1 gang pr. uke .....	<input type="checkbox"/> 89"1"3]	<input type="checkbox"/> 89"2"3]
2 ganger pr. uke .....	<input type="checkbox"/> 89"1"4]	<input type="checkbox"/> 89"2"4]
3-4 ganger pr. uke .....	<input type="checkbox"/> 89"1"5]	<input type="checkbox"/> 89"2"5]
5 ganger pr. uke eller mer .....	<input type="checkbox"/> 89"1"6]	<input type="checkbox"/> 89"2"6]



## 90. Hvor ofte har du hatt samleie gjennomsnittlig i løpet av den siste måneden?

- ☐ 90"1] Daglig  
☐ 90"2] 6 ganger i uken  
☐ 90"3] 4 ganger i uken  
☐ 90"4] 2 ganger i uken  
☐ 90"5] Ofdnere  
☐ 90"6] Ingen ganger



## 92. Hvis ja, i hvilke land har du vært og når?

Land	Måned	År
<input type="checkbox"/> 92"1"1]	<input type="checkbox"/> 92"1"2]	<input type="checkbox"/> 92"1"3]
<input type="checkbox"/> 92"2"1]	<input type="checkbox"/> 92"2"2]	<input type="checkbox"/> 92"2"3]
<input type="checkbox"/> 92"3"1]	<input type="checkbox"/> 92"3"2]	<input type="checkbox"/> 92"3"3]

## 91. Har du vært utenlands i løpet av det siste året?

- ☐ 91"1] Ja  
☐ 91"2] Nei

## 93. Har du i ditt arbeid eller din fritid kontakt med dyr?

- ☐ 93"1] Ja  
☐ 93"2] Nei



## 94. Hvis ja, hva slags dyr og hvor ofte er du i kontakt med dyr?

	Daglig	3-6 ganger pr. uke	1-2 ganger pr. uke	Sjeldnere
Hund .....	<input type="checkbox"/> u94 1"1 <input type="checkbox"/> u94 1"2 <input type="checkbox"/> u94 1"3 <input type="checkbox"/> u94 1"4			
Katt .....	<input type="checkbox"/> u94 2"1 <input type="checkbox"/> u94 2"2 <input type="checkbox"/> u94 2"3 <input type="checkbox"/> u94 2"4			
Marsvin, hamster, kanin, rotte o.l. ....	<input type="checkbox"/> u94 3"1 <input type="checkbox"/> u94 3"2 <input type="checkbox"/> u94 3"3 <input type="checkbox"/> u94 3"4			
Undulat og annen fugl inne .....	<input type="checkbox"/> u94 4"1 <input type="checkbox"/> u94 4"2 <input type="checkbox"/> u94 4"3 <input type="checkbox"/> u94 4"4			
Høner og annet fjærfre .....	<input type="checkbox"/> u94 5"1 <input type="checkbox"/> u94 5"2 <input type="checkbox"/> u94 5"3 <input type="checkbox"/> u94 5"4			
Ku, sau, geit .....	<input type="checkbox"/> u94 6"1 <input type="checkbox"/> u94 6"2 <input type="checkbox"/> u94 6"3 <input type="checkbox"/> u94 6"4			
Hest .....	<input type="checkbox"/> u94 7"1 <input type="checkbox"/> u94 7"2 <input type="checkbox"/> u94 7"3 <input type="checkbox"/> u94 7"4			
Gris .....	<input type="checkbox"/> u94 8"1 <input type="checkbox"/> u94 8"2 <input type="checkbox"/> u94 8"3 <input type="checkbox"/> u94 8"4			
Annet .....	<input type="checkbox"/> u94 9"1 <input type="checkbox"/> u94 9"2 <input type="checkbox"/> u94 9"3 <input type="checkbox"/> u94 9"4			

## 95. Hvor mange timer sover du vanligvis i døgnet nå når du er gravid?

- ☐ u95 1"1 Over 10 timer  
☐ u95 1"2 9 timer  
☐ u95 1"3 7 timer  
☐ u95 1"4 5 timer  
☐ u95 1"5 Mindre enn 4 timer

## 96. Pleier du nå for tiden å sove i vannseng eller bruke elektrisk varmeteppe?

	Ja	Nei
Vannseng .....	<input type="checkbox"/> u96 1"1 <input type="checkbox"/> u96 1"2	
Varmeteppe .....	<input type="checkbox"/> u96 2"1 <input type="checkbox"/> u96 2"2	

## 97. Har du mulighet for å hvile deg litt på dagen (gjelder både hjemme og på arbeid)?

- ☐ u97 1"1 Ja  
☐ u97 1"2 Nei

## 98. Har du vært i sauna (badstue) mens du har vært gravid?

- ☐ u98 1"1 Ja  
☐ u98 1"2 5 ganger  
☐ u98 1"3 10 ganger  
☐ u98 1"4 Mer enn 10 ganger

## 99. Har du vært i solarium mens du har vært gravid?

- ☐ u99 1"1 Ja  
☐ u99 1"2 5 ganger  
☐ u99 1"3 10 ganger  
☐ u99 1"4 Mer enn 10 ganger

## 100. Er du utsatt for passiv røyking hjemme eller på arbeid? Hvis ja, hvor mange timer pr. dag?

	Nei	Ja	Antall timer
Hjemme .....	<input type="checkbox"/> u100 1"1 <input type="checkbox"/> u100 1"2		<input type="checkbox"/> u100 2"1 <input type="checkbox"/> u100 2"2
Arbeid .....	<input type="checkbox"/> u100 2"1 <input type="checkbox"/> u100 2"2		

## 107. Har du noen gang brukt noen av de følgende stoffene? (Kryss av for hver linje.)

	Aldri	Tidligere	Det siste halv-året før du ble gravid	I dette svangerskapet
Anabole steroider .....	<input type="checkbox"/> u107 1"1	<input type="checkbox"/> u107 1"2	<input type="checkbox"/> u107 1"3	<input type="checkbox"/> u107 1"4
Testosteronpreparater .....	<input type="checkbox"/> u107 2"1	<input type="checkbox"/> u107 2"2	<input type="checkbox"/> u107 2"3	<input type="checkbox"/> u107 2"4
Veksthormon (eks. Genotropin/Somatropin) .....	<input type="checkbox"/> u107 3"1	<input type="checkbox"/> u107 3"2	<input type="checkbox"/> u107 3"3	<input type="checkbox"/> u107 3"4

## 101. Røyker du nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigaretter?

<input type="checkbox"/> u101 1"1 Nei	<input type="checkbox"/> u101 2"1	
<input type="checkbox"/> u101 1"2 Av og til		Sigaretter pr. uke
<input type="checkbox"/> u101 1"3 Daglig	<input type="checkbox"/> u101 3"1	Sigaretter pr. dag

## 102. Røyker barnefaren nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigaretter?

<input type="checkbox"/> u102 1"1 Nei	<input type="checkbox"/> u102 2"1	
<input type="checkbox"/> u102 1"2 Av og til		Sigaretter pr. uke
<input type="checkbox"/> u102 1"3 Daglig	<input type="checkbox"/> u102 3"1	Sigaretter pr. dag

## 103. Dersom en av dere eller begge har sluttet å røyke i svangerskapet, i hvilken svangerskapsuke var dette?

<input type="checkbox"/> u103 1"1 Deg selv	<input type="checkbox"/> u103 2"1	Svangerskapsuke
<input type="checkbox"/> u103 2"1 Barnefaren	<input type="checkbox"/> u103 2"2	Svangerskapsuke

## 104. Hvis du eller barnefaren har røykt i svangerskapet, har det vært perioder da du eller barnefaren ikke har røykt? (Sett kryss som viser i hvilke svangerskapsuker dere ikke har røykt.)

	0-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29+
Deg selv....	<input type="checkbox"/> u104 1"1 <input type="checkbox"/> u104 1"2 <input type="checkbox"/> u104 1"3 <input type="checkbox"/> u104 1"4 <input type="checkbox"/> u104 1"5 <input type="checkbox"/> u104 1"6 <input type="checkbox"/> u104 1"7 <input type="checkbox"/> u104 1"8							
Barnefaren	<input type="checkbox"/> u104 2"1 <input type="checkbox"/> u104 2"2 <input type="checkbox"/> u104 2"3 <input type="checkbox"/> u104 2"4 <input type="checkbox"/> u104 2"5 <input type="checkbox"/> u104 2"6 <input type="checkbox"/> u104 2"7 <input type="checkbox"/> u104 2"8							

## 105. Har du brukt andre former for nikotin etter 13. svangerskapsuke?

	Nei	Ja
Nikotintyggegummi .....	<input type="checkbox"/> u105 1"1 <input type="checkbox"/> u105 1"2	
Nikotinplaster .....	<input type="checkbox"/> u105 2"1 <input type="checkbox"/> u105 2"2	
Nikotininnhalator .....	<input type="checkbox"/> u105 3"1 <input type="checkbox"/> u105 3"2	
Skrå/tyggetobakk/snus ...	<input type="checkbox"/> u105 4"1 <input type="checkbox"/> u105 4"2	

## 106. Har du brukt noen av følgende rusmidler etter 13. svangerskapsuke?

	Nei	Ja
Hasj .....	<input type="checkbox"/> u106 1"1 <input type="checkbox"/> u106 1"2	
Amfetamin .....	<input type="checkbox"/> u106 2"1 <input type="checkbox"/> u106 2"2	
Ecstasy .....	<input type="checkbox"/> u106 3"1 <input type="checkbox"/> u106 3"2	
Kokain .....	<input type="checkbox"/> u106 4"1 <input type="checkbox"/> u106 4"2	
Heroin .....	<input type="checkbox"/> u106 5"1 <input type="checkbox"/> u106 5"2	

# Mat og drikke

108. Hvor ofte spiser du følgende matvarer? (Kryss av for hver linje.)

	Før svangerskapet				I svangerskapet			
	Aldri	Noen få ganger i året	1-3 ganger i måneden	En gang i uken eller oftere	Aldri	1-3 ganger i måneden	En gang i uken eller oftere	
1 Krabbe .....	<input type="checkbox"/> u108 1 1"1	<input type="checkbox"/> u108 1 1"2	<input type="checkbox"/> u108 1 1"3	<input type="checkbox"/> u108 1 1"4	<input type="checkbox"/> u108 1 2"1	<input type="checkbox"/> u108 1 2"2	<input type="checkbox"/> u108 1 2"3	
2 Reker .....	<input type="checkbox"/> u108 2 1"1	<input type="checkbox"/> u108 2 1"2	<input type="checkbox"/> u108 2 1"3	<input type="checkbox"/> u108 2 1"4	<input type="checkbox"/> u108 2 2"1	<input type="checkbox"/> u108 2 2"2	<input type="checkbox"/> u108 2 2"3	
3 Skjell (f.eks. blåskjell, o-skjell) .....	<input type="checkbox"/> u108 3 1"1	<input type="checkbox"/> u108 3 1"2	<input type="checkbox"/> u108 3 1"3	<input type="checkbox"/> u108 3 1"4	<input type="checkbox"/> u108 3 2"1	<input type="checkbox"/> u108 3 2"2	<input type="checkbox"/> u108 3 2"3	
4 Fiskelever .....	<input type="checkbox"/> u108 4 1"1	<input type="checkbox"/> u108 4 1"2	<input type="checkbox"/> u108 4 1"3	<input type="checkbox"/> u108 4 1"4	<input type="checkbox"/> u108 4 2"1	<input type="checkbox"/> u108 4 2"2	<input type="checkbox"/> u108 4 2"3	
5 Tunfisk eller kveite (hellefisk) .....	<input type="checkbox"/> u108 5 1"1	<input type="checkbox"/> u108 5 1"2	<input type="checkbox"/> u108 5 1"3	<input type="checkbox"/> u108 5 1"4	<input type="checkbox"/> u108 5 2"1	<input type="checkbox"/> u108 5 2"2	<input type="checkbox"/> u108 5 2"3	
6 Flyndre/annen flatfisk .....	<input type="checkbox"/> u108 6 1"1	<input type="checkbox"/> u108 6 1"2	<input type="checkbox"/> u108 6 1"3	<input type="checkbox"/> u108 6 1"4	<input type="checkbox"/> u108 6 2"1	<input type="checkbox"/> u108 6 2"2	<input type="checkbox"/> u108 6 2"3	
7 Gjedde eller abbor .....	<input type="checkbox"/> u108 7 1"1	<input type="checkbox"/> u108 7 1"2	<input type="checkbox"/> u108 7 1"3	<input type="checkbox"/> u108 7 1"4	<input type="checkbox"/> u108 7 2"1	<input type="checkbox"/> u108 7 2"2	<input type="checkbox"/> u108 7 2"3	
8 Annen ferskvannsfisk .....	<input type="checkbox"/> u108 8 1"1	<input type="checkbox"/> u108 8 1"2	<input type="checkbox"/> u108 8 1"3	<input type="checkbox"/> u108 8 1"4	<input type="checkbox"/> u108 8 2"1	<input type="checkbox"/> u108 8 2"2	<input type="checkbox"/> u108 8 2"3	
9 Reinsdyr .....	<input type="checkbox"/> u108 9 1"1	<input type="checkbox"/> u108 9 1"2	<input type="checkbox"/> u108 9 1"3	<input type="checkbox"/> u108 9 1"4	<input type="checkbox"/> u108 9 2"1	<input type="checkbox"/> u108 9 2"2	<input type="checkbox"/> u108 9 2"3	
10 Saueskjøtt .....	<input type="checkbox"/> u10810 1"1	<input type="checkbox"/> u10810 1"2	<input type="checkbox"/> u10810 1"3	<input type="checkbox"/> u10810 1"4	<input type="checkbox"/> u10810 2"1	<input type="checkbox"/> u10810 2"2	<input type="checkbox"/> u10810 2"3	
11 Lever eller nyre fra vilt .....	<input type="checkbox"/> u10811 1"1	<input type="checkbox"/> u10811 1"2	<input type="checkbox"/> u10811 1"3	<input type="checkbox"/> u10811 1"4	<input type="checkbox"/> u10811 2"1	<input type="checkbox"/> u10811 2"2	<input type="checkbox"/> u10811 2"3	
12 Viltvoksende sopp .....	<input type="checkbox"/> u10812 1"1	<input type="checkbox"/> u10812 1"2	<input type="checkbox"/> u10812 1"3	<input type="checkbox"/> u10812 1"4	<input type="checkbox"/> u10812 2"1	<input type="checkbox"/> u10812 2"2	<input type="checkbox"/> u10812 2"3	



109. Hvor ofte spiser du følgende type mat i dette svangerskapet? (Kryss av for hver linje.)

	Aldri	Noen få ganger i året	1-3 ganger i måneden	En gang i uken eller oftere
Mat fra restaurant, gatekjøkken, kantine eller lignende .....	<input type="checkbox"/> u109 1"1	<input type="checkbox"/> u109 1"2	<input type="checkbox"/> u109 1"3	<input type="checkbox"/> u109 1"4
Kjøttvarer (unntatt hermetikk) kjøpt i utlandet .....	<input type="checkbox"/> u109 2"1	<input type="checkbox"/> u109 2"2	<input type="checkbox"/> u109 2"3	<input type="checkbox"/> u109 2"4
Kjøtt (inkludert fjærkre) som er rått eller ufullstendig stekt/kokt (rosa ved beinet) .....	<input type="checkbox"/> u109 3"1	<input type="checkbox"/> u109 3"2	<input type="checkbox"/> u109 3"3	<input type="checkbox"/> u109 3"4
Rå kjøttdeig, farse, kjøtt (eventuelt smaker på) .....	<input type="checkbox"/> u109 4"1	<input type="checkbox"/> u109 4"2	<input type="checkbox"/> u109 4"3	<input type="checkbox"/> u109 4"4
Røket/gravet laks eller ørret .....	<input type="checkbox"/> u109 5"1	<input type="checkbox"/> u109 5"2	<input type="checkbox"/> u109 5"3	<input type="checkbox"/> u109 5"4
Bløte oster (f.eks. kremost, camembert, blåost o.l.) .....	<input type="checkbox"/> u109 6"1	<input type="checkbox"/> u109 6"2	<input type="checkbox"/> u109 6"3	<input type="checkbox"/> u109 6"4
Uvaskete rå grønnsaker, uvasket frukt .....	<input type="checkbox"/> u109 7"1	<input type="checkbox"/> u109 7"2	<input type="checkbox"/> u109 7"3	<input type="checkbox"/> u109 7"4

110. Unngår du å spise følgende type mat i dette svangerskapet?

	Nei	Ja
Fisk .....	<input type="checkbox"/> u110 1"1	<input type="checkbox"/> u110 1"2
Egg .....	<input type="checkbox"/> u110 2"1	<input type="checkbox"/> u110 2"2
Nøtter .....	<input type="checkbox"/> u110 3"1	<input type="checkbox"/> u110 3"2
Appelsiner/sitroner .....	<input type="checkbox"/> u110 4"1	<input type="checkbox"/> u110 4"2
Jordbær .....	<input type="checkbox"/> u110 5"1	<input type="checkbox"/> u110 5"2
Annet, hva? <input type="text"/>		

111. Hva slags drikkevann er det der du bor?

<input type="checkbox"/> u111 1"1	Egen vannforsyning (f.eks. egen brønn)
<input type="checkbox"/> u111 1"2	Vann fra vannverk (offentlig eller privat)
<input type="checkbox"/> u111 1"3	Andre kilder
<input type="checkbox"/> u111 2"1	<input type="text"/>
Navn på vannverk <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> u111 3"1	Det ikke navn på vannverk

112. Er drikkevannet behandlet (klorert eller UV-bestrålt)?

<input type="checkbox"/> u112 1"1	Nei
<input type="checkbox"/> u112 2"1	Ja, UV-bestrålt
<input type="checkbox"/> u112 3"1	Ja, klorert
<input type="checkbox"/> u112 4"1	Det ikke

113. Oppgi drikkemengde (antall kopper/glass) hver dag etter 13. svangerskapsuke.

(1 krus = 2 kopper, 1 liten plastflaske (0,5 l) = 4 kopper, 1 stor plastflaske (1,5 l) = 12 kopper)

	Ant. kopper/glass	Koffeinfritt (kryss av)
1. Filterkaffe .....	<input type="text"/> u113 1 1"	<input type="checkbox"/> u113 1 2"
2. Pulverkaffe .....	<input type="text"/> u113 2 1"	<input type="checkbox"/> u113 2 2"
3. Kokekaffe .....	<input type="text"/> u113 3 1"	<input type="checkbox"/> u113 3 2"
4. Annen kaffe .....	<input type="text"/> u113 4 1"	<input type="checkbox"/> u113 4 2"
5. Te .....	<input type="text"/> u113 5 1"	<input type="checkbox"/> u113 5 2"
6. Coca Cola, Pepsi e.l. ....	<input type="text"/> u113 6 1"	<input type="checkbox"/> u113 6 2"
7. Annen brus .....	<input type="text"/> u113 7 1"	<input type="checkbox"/> u113 7 2"
8. Coca Cola-/Pepsi light ...	<input type="text"/> u113 8 1"	<input type="checkbox"/> u113 8 2"
9. Annen light-brus .....	<input type="text"/> u113 9 1"	<input type="checkbox"/> u113 9 2"
10. Springvann .....	<input type="text"/> u11310	
11. Flaskevann .....	<input type="text"/> u11311	



	Ant. kopper/ glass	Økologisk (kryss av)
12. Saft/juice .....	<input type="text" value="u11312_1"/>	<input type="text" value="u11312_2"/>
13. Saft/juice light .....	<input type="text" value="u11313_1"/>	<input type="text" value="u11313_2"/>
14. Søtmelk (skummet, lett, hel) ..	<input type="text" value="u11314_1"/>	<input type="text" value="u11314_2"/>
15. Cultura, alle typer .....	<input type="text" value="u11315_1"/>	<input type="text" value="u11315_2"/>
16. Biola, alle typer .....	<input type="text" value="u11316_1"/>	<input type="text" value="u11316_2"/>
17. Annen surmelk (kefir, yoghurt e.l.) .....	<input type="text" value="u11317_1"/>	<input type="text" value="u11317_2"/>
18. Annet .....	<input type="text" value="u11318_1"/>	<input type="text" value="u11318_2"/>

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

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet Svangerskapsuke 0-12 13-24 25+
Omtrent 6-7 ganger pr. uke ....	<input type="text" value="u114_1_1"/>	<input type="text" value="u114_2_1"/> <input type="text" value="u114_3_1"/> <input type="text" value="u114_4_1"/>
Omtrent 4-5 ganger pr. uke ....	<input type="text" value="u114_1_2"/>	<input type="text" value="u114_2_2"/> <input type="text" value="u114_3_2"/> <input type="text" value="u114_4_2"/>
Omtrent 2-3 ganger pr. uke ....	<input type="text" value="u114_1_3"/>	<input type="text" value="u114_2_3"/> <input type="text" value="u114_3_3"/> <input type="text" value="u114_4_3"/>
Omtrent 1 gang pr. uke .....	<input type="text" value="u114_1_4"/>	<input type="text" value="u114_2_4"/> <input type="text" value="u114_3_4"/> <input type="text" value="u114_4_4"/>
Omtrent 1-3 ganger pr. måned ..	<input type="text" value="u114_1_5"/>	<input type="text" value="u114_2_5"/> <input type="text" value="u114_3_5"/> <input type="text" value="u114_4_5"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned ..	<input type="text" value="u114_1_6"/>	<input type="text" value="u114_2_6"/> <input type="text" value="u114_3_6"/> <input type="text" value="u114_4_6"/>
Aldri .....	<input type="text" value="u114_1_7"/>	<input type="text" value="u114_2_7"/> <input type="text" value="u114_3_7"/> <input type="text" value="u114_4_7"/>

#### 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 hetvinglass, sherry eller annen hetvin	= 1 enhet
1 drammeglass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 enhet

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

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet Svangerskapsuke 0-12 13-24 25+
Flere ganger i uken .....	<input type="text" value="u115_1_1"/>	<input type="text" value="u115_2_1"/> <input type="text" value="u115_3_1"/> <input type="text" value="u115_4_1"/>
1 gang i uken .....	<input type="text" value="u115_1_2"/>	<input type="text" value="u115_2_2"/> <input type="text" value="u115_3_2"/> <input type="text" value="u115_4_2"/>
1-3 ganger pr. måned .....	<input type="text" value="u115_1_3"/>	<input type="text" value="u115_2_3"/> <input type="text" value="u115_3_3"/> <input type="text" value="u115_4_3"/>
Under 1 gang pr. måned .....	<input type="text" value="u115_1_4"/>	<input type="text" value="u115_2_4"/> <input type="text" value="u115_3_4"/> <input type="text" value="u115_4_4"/>
Aldri .....	<input type="text" value="u115_1_5"/>	<input type="text" value="u115_2_5"/> <input type="text" value="u115_3_5"/> <input type="text" value="u115_4_5"/>

#### 116. Hvor mange enheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? (Se forklaring ovenfor om enheter alkohol.)

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet Svangerskapsuke 0-12 13-24 25+
10 eller flere .....	<input type="text" value="u116_1_1"/>	<input type="text" value="u116_2_1"/> <input type="text" value="u116_3_1"/> <input type="text" value="u116_4_1"/>
7-9 .....	<input type="text" value="u116_1_2"/>	<input type="text" value="u116_2_2"/> <input type="text" value="u116_3_2"/> <input type="text" value="u116_4_2"/>
5-6 .....	<input type="text" value="u116_1_3"/>	<input type="text" value="u116_2_3"/> <input type="text" value="u116_3_3"/> <input type="text" value="u116_4_3"/>
3-4 .....	<input type="text" value="u116_1_4"/>	<input type="text" value="u116_2_4"/> <input type="text" value="u116_3_4"/> <input type="text" value="u116_4_4"/>
1-2 .....	<input type="text" value="u116_1_5"/>	<input type="text" value="u116_2_5"/> <input type="text" value="u116_3_5"/> <input type="text" value="u116_4_5"/>
Færre enn 1 .....	<input type="text" value="u116_1_6"/>	<input type="text" value="u116_2_6"/> <input type="text" value="u116_3_6"/> <input type="text" value="u116_4_6"/>

#### 117. Dersom du har endret ditt alkoholbruk før eller under dette svangerskapet, når skjedde endringen? (Du kan sette flere kryss.)

	Endring til mindre mengder	Endring til større mengder
Siste 3 måneder før siste menstruasjon	<input type="text" value="u117_1_1"/>	<input type="text" value="u117_1_2"/>
I svangerskapsuke 0-6 .....	<input type="text" value="u117_2_1"/>	<input type="text" value="u117_2_2"/>
I svangerskapsuke 7-12 .....	<input type="text" value="u117_3_1"/>	<input type="text" value="u117_3_2"/>
I svangerskapsuke 13-24 .....	<input type="text" value="u117_4_1"/>	<input type="text" value="u117_4_2"/>
Etter svangerskapsuke 25 .....	<input type="text" value="u117_5_1"/>	<input type="text" value="u117_5_2"/>

#### 118. Hvis du har endret ditt alkoholbruk, hvor viktig var de følgende faktorene? (Du kan sette flere kryss.)

	Ikke aktuelt	Lite viktig	Ganske viktig	Viktig	Svært viktig
Kvalme/ubehag .....	<input type="text" value="u118_1_1"/>	<input type="text" value="u118_1_2"/>	<input type="text" value="u118_1_3"/>	<input type="text" value="u118_1_4"/>	<input type="text" value="u118_1_5"/>
Endret smak .....	<input type="text" value="u118_2_1"/>	<input type="text" value="u118_2_2"/>	<input type="text" value="u118_2_3"/>	<input type="text" value="u118_2_4"/>	<input type="text" value="u118_2_5"/>
For fosterets skyld ...	<input type="text" value="u118_3_1"/>	<input type="text" value="u118_3_2"/>	<input type="text" value="u118_3_3"/>	<input type="text" value="u118_3_4"/>	<input type="text" value="u118_3_5"/>
Depresjon/vansker ...	<input type="text" value="u118_4_1"/>	<input type="text" value="u118_4_2"/>	<input type="text" value="u118_4_3"/>	<input type="text" value="u118_4_4"/>	<input type="text" value="u118_4_5"/>
Andre grunner .....	<input type="text" value="u118_5_1"/>	<input type="text" value="u118_5_2"/>	<input type="text" value="u118_5_3"/>	<input type="text" value="u118_5_4"/>	<input type="text" value="u118_5_5"/>

## Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

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

- It  
 Samboer  
 Islig  
 Gift/separert  
 Ekte  
 Ennet

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

- Nei  
 1-2 personer  
 Flere enn to personer

#### 121. Hvor ofte treffer du, eller snakker i telefonen med familie (utenom husholdningen) eller nære venner?

- 1 gang i måneden eller sjeldnere  
 2-8 ganger i måneden  
 Mer enn 2 ganger i uken

#### 122. Føler du deg ofte ensom?

- Nesten aldri  
 Sjelden  
 Av og til  
 Om regel  
 Nesten alltid

#### 123. Dersom du har født tidligere, hvordan var din opplevelse av selve fødselen i det store og hele?

- Vidt god  
 God  
 Kann passe  
 Urlig  
 Vidt dårlig

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

Svært enig Enig Litt enig Litt uenig Uenig Svært uenig

Jeg vil gjerne ha en så naturlig fødsel som mulig uten smertestillende og uten inngrep...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg gruer meg veldig til fødselen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vil gjerne ha så mye bedøvelse at fødselen blir helt smertefri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) uansett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) hvis jordmoren også er enig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis jeg fikk velge ville jeg helst ta keisersnitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg mener kvinnen selv må bestemme om det skal gjøres keisersnitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke skal være friskt og velskapt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg gleder meg til barnet kommer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**125. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt parforhold? (Besvares bare dersom du er i et parforhold.) (Sett kun ett kryss for hver linje.)**

Svært enig Enig Litt enig Litt uenig Uenig Svært uenig

Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg har vært heldig med valg av partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



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

Ikke plaget Litt plaget Ganske mye plaget Veldig mye plaget

Stadig redd eller engstelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nervøsitet, indre uro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mye bekymret eller urolig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plutselig frykt uten grunn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**127. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)**

Sjelden/aldri Nok så sjelden Noen ganger Ofte Veldig ofte

Føler deg glad for noe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg lykkelig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg oppstemt, som om alt legger seg til rette for deg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på ting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg sint, irritert eller ergerlig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Føler deg rasende på noen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**128. Hvor riktige er disse utsagnene for deg? (Sett kun ett kryss for hver linje.)**

Ikke riktig Litt riktig Nesten riktig Helt riktig

Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hvis noen motarbeider meg, finner jeg en måte å oppnå det jeg vil på	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er sikker på at jeg kan mestre uventede hendelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er rolig når jeg møter vanskeligheter, fordi jeg stoler min evne til å klare meg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dersom jeg er i en knipe, finner jeg vanligvis en løsning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Enig	Helt enig
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt .....	<input type="checkbox"/> u129 1" 1	<input type="checkbox"/> u129 1" 2	<input type="checkbox"/> u129 1" 3	<input type="checkbox"/> u129 1" 4	<input type="checkbox"/> u129 1" 5	<input type="checkbox"/> u129 1" 6	<input type="checkbox"/> u129 1" 7
Livsbeingelsene mine er svært gode .....	<input type="checkbox"/> u129 2" 1	<input type="checkbox"/> u129 2" 2	<input type="checkbox"/> u129 2" 3	<input type="checkbox"/> u129 2" 4	<input type="checkbox"/> u129 2" 5	<input type="checkbox"/> u129 2" 6	<input type="checkbox"/> u129 2" 7
Jeg er fornøyd med livet mitt .....	<input type="checkbox"/> u129 3" 1	<input type="checkbox"/> u129 3" 2	<input type="checkbox"/> u129 3" 3	<input type="checkbox"/> u129 3" 4	<input type="checkbox"/> u129 3" 5	<input type="checkbox"/> u129 3" 6	<input type="checkbox"/> u129 3" 7
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet .....	<input type="checkbox"/> u129 4" 1	<input type="checkbox"/> u129 4" 2	<input type="checkbox"/> u129 4" 3	<input type="checkbox"/> u129 4" 4	<input type="checkbox"/> u129 4" 5	<input type="checkbox"/> u129 4" 6	<input type="checkbox"/> u129 4" 7
Hadde jeg kunnet leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe .....	<input type="checkbox"/> u129 5" 1	<input type="checkbox"/> u129 5" 2	<input type="checkbox"/> u129 5" 3	<input type="checkbox"/> u129 5" 4	<input type="checkbox"/> u129 5" 5	<input type="checkbox"/> u129 5" 6	<input type="checkbox"/> u129 5" 7

**130. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)**

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv .....	<input type="checkbox"/> u130 1" 1	<input type="checkbox"/> u130 1" 2	<input type="checkbox"/> u130 1" 3	<input type="checkbox"/> u130 1" 4
Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider .....	<input type="checkbox"/> u130 2" 1	<input type="checkbox"/> u130 2" 2	<input type="checkbox"/> u130 2" 3	<input type="checkbox"/> u130 2" 4
Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av .....	<input type="checkbox"/> u130 3" 1	<input type="checkbox"/> u130 3" 2	<input type="checkbox"/> u130 3" 3	<input type="checkbox"/> u130 3" 4
Jeg føler at jeg er en verdifull person, iallfall på lik linje med andre .....	<input type="checkbox"/> u130 4" 1	<input type="checkbox"/> u130 4" 2	<input type="checkbox"/> u130 4" 3	<input type="checkbox"/> u130 4" 4

**131. Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt eller vanskelig var dette for deg?**

(Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja	Ikke så ille	Hvis ja Vondt/ vanskelig	Veldig vondt/ vanskelig
Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg .....	<input type="checkbox"/> u131 1 1" 1	<input type="checkbox"/> u131 1 1" 2	<input type="checkbox"/> u131 1 2" 1	<input type="checkbox"/> u131 1 2" 2	<input type="checkbox"/> u131 1 2" 3
Har du hatt økonomiske problemer .....	<input type="checkbox"/> u131 2 1" 1	<input type="checkbox"/> u131 2 1" 2	<input type="checkbox"/> u131 2 2" 1	<input type="checkbox"/> u131 2 2" 2	<input type="checkbox"/> u131 2 2" 3
Ble du skilt, separert eller avbrøt du samlivet .....	<input type="checkbox"/> u131 3 1" 1	<input type="checkbox"/> u131 3 1" 2	<input type="checkbox"/> u131 3 2" 1	<input type="checkbox"/> u131 3 2" 2	<input type="checkbox"/> u131 3 2" 3
Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer .....	<input type="checkbox"/> u131 4 1" 1	<input type="checkbox"/> u131 4 1" 2	<input type="checkbox"/> u131 4 2" 1	<input type="checkbox"/> u131 4 2" 2	<input type="checkbox"/> u131 4 2" 3
Har du vært alvorlig syk eller skadet .....	<input type="checkbox"/> u131 5 1" 1	<input type="checkbox"/> u131 5 1" 2	<input type="checkbox"/> u131 5 2" 1	<input type="checkbox"/> u131 5 2" 2	<input type="checkbox"/> u131 5 2" 3
Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet .....	<input type="checkbox"/> u131 6 1" 1	<input type="checkbox"/> u131 6 1" 2	<input type="checkbox"/> u131 6 2" 1	<input type="checkbox"/> u131 6 2" 2	<input type="checkbox"/> u131 6 2" 3
Har du vært utsatt for alvorlig trafikkulykke, boligbrann eller grovt tyveri .....	<input type="checkbox"/> u131 7 1" 1	<input type="checkbox"/> u131 7 1" 2	<input type="checkbox"/> u131 7 2" 1	<input type="checkbox"/> u131 7 2" 2	<input type="checkbox"/> u131 7 2" 3
Har du mistet en som sto deg nær .....	<input type="checkbox"/> u131 8 1" 1	<input type="checkbox"/> u131 8 1" 2	<input type="checkbox"/> u131 8 2" 1	<input type="checkbox"/> u131 8 2" 2	<input type="checkbox"/> u131 8 2" 3
Annet .....	<input type="checkbox"/> u131 9 1" 1	<input type="checkbox"/> u131 9 1" 2	<input type="checkbox"/> u131 9 2" 1	<input type="checkbox"/> u131 9 2" 2	<input type="checkbox"/> u131 9 2" 3

**132. Har du noen gang opplevd noe av det følgende: (Kryss av for hver linje.)**

	Nei, aldri	Ja, som barn (under 18 år)	Ja, som voksen (over 18 år)	Hvem eller hvilke personer var det som utsatte deg for det?			Har dette skjedd deg det siste året?	
				Fremmed person	Familie eller slektning	Annen kjent person	Nei	Ja
At noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kue, fornede eller ydmyke deg? . . . . .	<a href="#">"u132 1 1"</a>	<a href="#">"u132 1 2"</a>	<a href="#">"u132 1 3"</a>	<a href="#">"u132 1 4"</a>	<a href="#">"u132 1 5"</a>	<a href="#">"u132 1 6"</a>	<a href="#">"u132 1 7"</a>	<a href="#">"u132 1 7" [2]</a>
At noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær? . . . . .	<a href="#">"u132 2 1"</a>	<a href="#">"u132 2 2"</a>	<a href="#">"u132 2 3"</a>	<a href="#">"u132 2 4"</a>	<a href="#">"u132 2 5"</a>	<a href="#">"u132 2 6"</a>	<a href="#">"u132 2 7"</a>	<a href="#">"u132 2 7" [2]</a>
Å bli utsatt for fysiske overgrep? . . . . .	<a href="#">"u132 3 1"</a>	<a href="#">"u132 3 2"</a>	<a href="#">"u132 3 3"</a>	<a href="#">"u132 3 4"</a>	<a href="#">"u132 3 5"</a>	<a href="#">"u132 3 6"</a>	<a href="#">"u132 3 7"</a>	<a href="#">"u132 3 7" [2]</a>
Å bli presset til seksuelle handlinger? . . . . .	<a href="#">"u132 4 1"</a>	<a href="#">"u132 4 2"</a>	<a href="#">"u132 4 3"</a>	<a href="#">"u132 4 4"</a>	<a href="#">"u132 4 5"</a>	<a href="#">"u132 4 6"</a>	<a href="#">"u132 4 7"</a>	<a href="#">"u132 4 7" [2]</a>

## Annet

**133. Har noen du bor sammen med hatt noen av de følgende sykdommer i løpet av dette svangerskapet? (Kryss av og angi tidspunkt.)**

	I hvilke svangerskapsuker? 0-9 10-19 20-29 30+
<input type="checkbox"/> u133 1 1" Infeksjonssykdom .....	<input type="checkbox"/> u133 1 4" <input type="checkbox"/> u133 1 5" <input type="checkbox"/> u133 1 6" <input type="checkbox"/> u133 1 7"
<input type="checkbox"/> u133 2 1" Barnesykdom (feber med utslett) .....	<input type="checkbox"/> u133 2 4" <input type="checkbox"/> u133 2 5" <input type="checkbox"/> u133 2 6" <input type="checkbox"/> u133 2 7"
<input type="checkbox"/> u133 3 1" Langvarig hoste .....	<input type="checkbox"/> u133 3 4" <input type="checkbox"/> u133 3 5" <input type="checkbox"/> u133 3 6" <input type="checkbox"/> u133 3 7"
<input type="checkbox"/> u133 4 1" Annen infeksjonssykdom .....	<input type="checkbox"/> u133 4 4" <input type="checkbox"/> u133 4 5" <input type="checkbox"/> u133 4 6" <input type="checkbox"/> u133 4 7"

**135. Barnet som døde i krybbedød i min familie var:**

<input type="checkbox"/> u135 1" Min søster	<input type="checkbox"/> u135 3 2" <input type="checkbox"/> u135 3 3"
<input type="checkbox"/> u135 2" Min bror	<input type="checkbox"/> u135 4 2" <input type="checkbox"/> u135 4 3"
<input type="checkbox"/> u135 3 1" Min søsters barn	<input type="checkbox"/> u135 5 2" <input type="checkbox"/> u135 5 3"
<input type="checkbox"/> u135 4 1" Min brors barn	<input type="checkbox"/> u135 6 2" <input type="checkbox"/> u135 6 3"
<input type="checkbox"/> u135 5 1" Min mors søsken	<input type="checkbox"/> u135 7 2" <input type="checkbox"/> u135 7 3"
<input type="checkbox"/> u135 6 1" Min fars søsken	<input type="checkbox"/> u135 8 2" <input type="checkbox"/> u135 8 3"
<input type="checkbox"/> u135 7 1" Andre	<input type="checkbox"/> u135 9 2" <input type="checkbox"/> u135 9 3"

**134. Har det vært noen tilfeller av krybbedød i din familie eller i barnefarens familie?**

<input type="checkbox"/> u134 1" Ja, i min familie, (se spørsmål 135)	<input type="checkbox"/> u134 3"
<input type="checkbox"/> u134 2" Ja, i barnefarens familie, (se spørsmål 136)	<input type="checkbox"/> u134 4"
<input type="checkbox"/> u134 3" Nei	<input type="checkbox"/> u134 5"
<input type="checkbox"/> u134 4" Vet ikke	<input type="checkbox"/> u134 6"

## 136. Barnet som døde i krybbedød i barnefarens familie var:

- ☐ ☐ u136.1.1 Barnefarens søster  
☐ ☐ u136.2.1 Barnefarens bror  
☐ ☐ u136.3.1.1 Barnefarens søsters barn ☐ u136.3.2.1 Gut ☐ u136.3.3.1 Pige  
☐ ☐ u136.4.1.1 Barnefarens brors barn ☐ u136.4.2.1 Gut ☐ u136.4.3.1 Pige  
☐ ☐ u136.5.1.1 Barnefarens mors søsken ☐ u136.5.2.1 Gut ☐ u136.5.3.1 Pige ☐ u136.5.4.1 Kjønnet ukjent  
☐ ☐ u136.6.1.1 Barnefarens fars søsken ☐ u136.6.2.1 Gut ☐ u136.6.3.1 Pige ☐ u136.6.4.1 Kjønnet ukjent  
☐ ☐ u136.7.1 Andre

## 137. Har du noen gang mistet et barn?

- ☐ ☐ u137.1.1 Nei (hvis nei, er du ferdig med spørsmålene)  
☐ ☐ u137.2.1 Ja

## 138. Hvis ja, hva var dødsårsaken og når skjedde det?

- ☐ ☐ u138.1.1 Dødfødsel (Fødsel etter 16. svangerskapsuke.)  
☐ ☐ u138.2.1 Krybbedød  
☐ ☐ u138.3.1 Sykke  
☐ ☐ u138.4.1 Sykdom/misdannelse

Hvilken sykdom/misdannelse:

- ☐ ☐ u138.5.1

	Årstall	Barnets alder hvis barnet døde etter fødselen	
		år	måneder
Barn 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u138.7.1.1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u138.7.2.1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u138.7.3.1
Barn 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u138.8.1.1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u138.8.2.1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u138.8.3.1

## Kommentarer

☐ ☐ u ev. 15

## 139. Dersom du/dere fikk støtte fra helsepersonell eller andre i tiden etter dødsfallet vil vi gjerne vite mer om dette. Hvor mange samtaler hadde dere med helsepersonell og/eller foreldreforening, familie og venner og i hvor mange uker varte oppfølgingen?

	Helsepersonell	Foreldreforening, familie, venner
Antall samtaler ved møter (ca.):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u139.1.1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u139.1.2
Antall samtaler pr. telefon (ca.):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u139.2.1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u139.2.2
Uker med oppfølging (ca.):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u139.3.1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> u139.3.2

## 140. Synes du alt i alt at du/dere fikk god nok oppfølging etter barnets død?

- ☐ ☐ u140.1.1 Ingen tilbud om oppfølging  
☐ ☐ u140.2.1 Vært god  
☐ ☐ u140.3.1 God nok  
☐ ☐ u140.4.1 Vært bedre  
☐ ☐ u140.5.1 Gullig

## 141. Har dødsfallet gjort deg mer engstelig i dette svangerskapet?

- ☐ ☐ u141.1.1 Nei, ikke i det hele tatt  
☐ ☐ u141.2.1 Nei, ikke vesentlig  
☐ ☐ u141.3.1 Ja, noe mer  
☐ ☐ u141.4.1 Ja, i stor grad

## 142. Opplever du at personalet på svangerskapskontrollen har tatt hensyn til denne vonde opplevelsen i sin kontakt med deg?

- ☐ ☐ u142.1.1 i stor grad  
☐ ☐ u142.2.1 Ja, noe  
☐ ☐ u142.3.1 Nei, ikke i det hele tatt

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

Tusen takk for innsatsen!

☐ ☐ u id