

# OBS!

Riv av dette arket og legg det i den vedlagte lille konvolutten og deretter i svarkonvolutten sammen med spørreskjemaet ditt.

Det hadde vært fint om du kunne gi oss din e-post adresse og mobiltelefonnummer slik at vi eventuelt kan kontakte dere igjen vedrørende  
Den norske mor og barn undersøkelsen.

Navn: .....

E-post adresse: .....

Mobiltelefonnummer: .....

Riv av arket og legg det i den vedlagte lille konvolutten og deretter i svarkonvolutten sammen med spørreskjemaet ditt.

## Kommentarer

# Den norske **mor og barn**-undersøkelsen



+

Når barnet er ca 7 år

+

**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: ☐

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2009)

## Levevaner og livsstil

### 1. Hva er barnets høyde og vekt nå ved 7 års alder?

Høyde

cm

Vekt

kg

+

### 2. Utenom skoletid: Omtrent hvor mange ganger per uke driver barnet idrett/mosjon slik at det blir andpusten eller svett?

ganger per uke

### 3. Utenom skoletid: Omtrent hvor mange timer per uke er barnet fysisk aktivt/driver idrett (fotball, håndball, ski, turn/dans o.l.)?

(Ta med timer med fysisk aktivitet i SFO) (Kryss av for både sommer og vinter)

	Sommer	Vinter
Mindre enn 1 time per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 timer per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 timer per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-7 timer per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-10 timer per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 timer eller mer per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Utenom skoletid på en vanlig hverdag: Omtrent hvor mange timer per dag er barnet vanligvis utendørs? (Ta med utetid i SFO)

Sommer

timer per dag

+

Vinter

timer per dag

### 5. Utenom skoletid på en vanlig hverdag: Hvor mange timer per dag bruker barnet vanligvis på TV, video, elektroniske spill, DVD eller PC? (Kryss av for både sommer og vinter)

	Sommer	Vinter
Mindre enn 1 time per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 timer per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 timer per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 timer eller mer per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 6. Hvor mange dager har barnet vært borte fra skolen de siste tre månedene på grunn av sykdom?

dager

### 7. Har barnet badet i innendørs svømmebasseng i løpet av de siste 12 månedene?

☐ Nei☐ Av og til

Antall timer per måned

☐ Ukentlig

Antall timer per uke

### 8. Da barnet var 4-6 år gammelt omtrent hvor ofte var det i et innendørs svømmebasseng?

☐ Aldri/sjelden☐ Av og til

Antall timer per måned

☐ Ukentlig

Antall timer per uke

### 9. Hvor ofte kommer barnet seg til skolen ved hjelp av?

	Aldri	Av og til	Vanligvis	Alltid
Å gå/sykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli kjørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kollektivtransport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 10. Hvor lang avstand er det mellom barnets bolig og skolen?

- ☐ Mindre enn 1 km  
☐ 1-2 km  
☐ 3-4 km  
☐ Over 4 km

### 11. Bor barnets far sammen med deg?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis nei, hvor mye bor barnet sammen med deg?

- ☐ Nesten alltid  
☐ Halvparten av tiden eller mer  
☐ Mindre enn halvparten av tiden

### 12. I hvilket år flyttet du til din nåværende adresse?

Årstall

+

**13. I hvilken etasje er barnets soverom?**

(Skriv 0 for underetasje/kjeller)

etasje

**14. Omtrent hvor mange timer sover barnet vanligvis per natt på hverdager?**

- ☐ 8 timer eller mindre  
☐ 9 timer  
☐ 10 timer  
☐ 11 timer  
☐ 12 timer eller mer

+

**15. Hvor ofte snorker barnet?**

- ☐ Aldri  
☐ Mindre enn 1 natt i uken  
☐ Ca 1 natt i uken  
☐ Flere netter i uken  
☐ Nesten hver natt

**16. Har det vært fuktskader, synlig sopp-/muggvekst eller mugglukt i barnets bolig i løpet av siste året?**

- ☐ Nei  
☐ Ja, fuktskader i løpet av siste året  
☐ Ja, synlig sopp-/muggvekst i løpet av siste året  
☐ Ja, mugglukt i løpet av siste året

+

**17. Røyker du nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigaretter?**Nei ☐Ja, av og til ☐ sigaretter per uke Ja, daglig ☐ sigaretter per dag **18. Røyker din samboer/ektefelle nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigaretter?**Nei ☐Ja, av og til ☐ sigaretter per uke Ja, daglig ☐ sigaretter per dag **19. Benyttet dere vedfyring (ovn eller peis) i barnets hjem i perioden før barnet fylte 3 år?**

- Aldri ☐ Sjelden ☐ Av og til ☐ Ofte ☐

**20. I løpet av det siste året benyttet dere noen gang åpen peis?**

- Aldri ☐ Sjelden ☐ Av og til ☐ Ofte ☐

+

**21. I løpet av det siste året, har vedfyring blitt brukt til oppvarming i boligen der barnet bor?**

- ☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, er vedfyring hovedkilden til oppvarming i denne boligen?

- ☐ Nei ☐ Ja

**22. Omtrent hvor ofte brenner dere stearinlys i hjemmet i vinterhalvåret?**

- ☐ Aldri/mindre enn 4 ganger i halvåret  
☐ Bare i desember (4 ganger eller mer)  
☐ 1-3 ganger i måneden  
☐ 1-3 ganger i uken  
☐ 4-6 ganger i uken  
☐ Daglig/nesten daglig  
☐ Flere ganger om dagen de fleste dager

+

**23. Er det kjæledyr i barnets hjem?**

- ☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, hvilke?

- ☐ Hund ☐ Katt ☐ Andre pelsdyr (marsvin, kanin o.l.)  
☐ Fugl ☐ Annet

**24. Er barnet i kontakt med gårdsdyr minst en gang i løpet av en uke?**

- ☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, hvilke?

- ☐ Hest ☐ Gris ☐ Sau/geit  
☐ Storfe ☐ Høner/fjærkre ☐ Annet

**Sykdom og helseplager hos barnet****25. Kryss av hvis barnet har, eller har hatt følgende sykdommer eller tilstander:**

(Du kan sette flere kryss)

- ☐ Rheumatoid artritt/leddgikt  
☐ Kreft  
☐ Diabetes  
☐ Cerebral Parese  
☐ ADHD  
☐ Cøliaki  
☐ Bruddskader

- ☐ Epilepsi  
☐ Psykisk utviklingshemning  
☐ Autistiske trekk/autisme  
☐ Aspergers syndrom  
☐ Kronisk utmatteksessyndrom/ME  
☐ Fjernet mandlene

+

- ☐ Satt inn øredren

- ☐ Andre tilstander, medfødt syndrom. Beskriv:

---



---

**26. Har barnet eller har det noen gang hatt noen av følgende sykdommer eller helseproblemer? Oppgi barnets alder ved første tegn på sykdommen. Hvis barnet er kvitt sykdommen/helseplagen oppgi hvor gammelt barnet var da dette skjedde.**

(Oppgi alder i hele år, skriv 0 år hvis barnet var under ett år)

	+	Ja	Bekreftet av lege	Ja	Helseplager startet ved	Alder	Symptomer siste året?	Nei	Ja	Barnet ble kvitt helseplagen ved	Alder	+
1 Søvnproblemer		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
2 Anemi (lav blodprosent)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
3 Forsinket motorisk utvikling		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
4 Forsinket eller avvikende språkutvikling		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
5 Atferdsproblemer (vanskelig og uregjerlig)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
6 Emosjonelle vansker (trist og engstelig)		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
7 Overvekt		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
8 Astma		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
9 Pollenallergi/høysnue		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
10 Allergi mot katt eller hund		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
11 Atopisk eksem/barneeksem		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
12 Allergi mot melk		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
13 Allergi mot egg		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
14 Allergi mot peanøtter		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
15 Allergi mot andre nøtter		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
16 Allergi mot fisk		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
17 Allergi mot skaldyr		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
18 Allergi mot frukt		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	
19 Allergi mot andre matvarer		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	år	

↓  
Hvis ja, hvilke?

☐ Hvete

☐ Soya

☐ Rug

☐ Annet, hvilke(n): \_\_\_\_\_

**27. I løpet av det siste året, har barnet brukt medisin, spray, inhalator eller andre medikamenter for astma?**

☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, Navn på medisin som brukes fast \_\_\_\_\_





+

Navn på medisin som brukes ved anfall \_\_\_\_\_

Når brukte barnet astmamedisin sist? ☐ I går ☐ Forrige uke ☐ Forrige måned ☐ Siste året



30. Hvor mange skiver brød/knekkebrød spiser barnet ditt vanligvis per dag?

	Loff	Lyst og mellomgrovt brød	Grovt brød	Knekkebrød
Antall skiver:				

**31. Hvor ofte spiser barnet ditt vanligvis følgende?** (Sett ett kryss for hver linje.)

[illegible]

**32. Hvor ofte drikker barnet ditt vanligvis følgende?** (Sett ett kryss for hver drikke.)

[illegible]

## Barnets tannhelse

**33. Hvor gammelt var barnet da han/hun felte sin første melketann?**

Alder:  år ☐ Husker ikke ☐ Har ikke felt ennå

**34. Hvor ofte børstes barnets tenner av barnet selv eller andre?**

☐ To ganger per dag eller oftere ☐ Av og til  
☐ En gang per dag ☐ Aldri/sjelden

**35. Er det påvist hull eller begynnende hull i barnets tenner?**

☐ Nei ☐ Ja

**36. Får barnet hjelp til å pusse tennene?**

☐ To ganger per dag eller oftere ☐ Av og til  
☐ En gang per dag ☐ Aldri/sjelden

**37. Bruker barnet tanntråd (med hjelp)?**

☐ En gang per dag ☐ Av og til ☐ Aldri/sjelden

## Helseplager hos barnets mor

**38. Har du eller har du noen gang hatt noen av følgende sykdommer eller helseplager?**

	+	Ja	Bekreftet av lege Ja	Symptomer startet ved Alder	Symptomer siste året? Nei Ja	Brukt medisiner mot dette i løpet av de siste 12 mnd? Ja
1 Astma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Pollenallergi/høysnue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Tetthet/piping/hvesing i brystet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Har du eller har du noen gang hatt matvareallergi?**

☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke

**40. Hvis ja, har du eller har du hatt allergi mot følgende matvarer?**

	Ja	Alder når allergi startet		Spist dette siste året?		Fortsatt allergisk?	
		Før 18 år	Etter 18 år	Nei	Ja	Nei	Ja
1. Allergi mot melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Allergi mot egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Allergi mot peanøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Allergi mot andre nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allergi mot skalldyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Allergi mot fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Allergi mot frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergi mot andre matvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, hvilke?

☐ Hvete ☐ Soya ☐ Rug ☐ Annet, hvilke(n): \_\_\_\_\_

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

Har du kommentarer til skjemaet, skriv disse bakpå slippet foran.

Tusen takk for at dere fortsatt er med i Den norske mor og barn undersøkelsen!