

+

Spørreskjema 3

I dette spørreskjemaet stiller vi 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 Helsekart 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:
- Skriver du feil, kan du kan ta bort krysset 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:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Bokstaver:

A B C D

- Datobokser er delt opp i tre deler, den første for dag i måned, den neste for månedstallet og den siste for årstallet slik at datoene skal

skriver slik: **6 9 1 9 9 9**

dag måned år

5

- 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 og yrke skriver du fritt inne i boksene eller på de åpne linjene.

Vennligst skriv tydelig med STORE BOKSTAVER.

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

Oppgi datoene for utfylling av skjemaet

dag	måned	år

Svangerskapskontroll og helse

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

- Helsestasjon
 - Legekontor/legesenter
 - Sykehusets poliklinikk
- | | |
|--------|--------|
| | |
| ganger | ganger |
- | | |
|--------|--------|
| | |
| ganger | ganger |
- | | |
|--------|--------|
| | |
| ganger | ganger |

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

- Jordmor
 - Allmennpraktiserende lege
 - Gynekolog
 - Helsesøster
- | | |
|--------|--------|
| | |
| ganger | ganger |
- | | |
|--------|--------|
| | |
| ganger | ganger |
- | | |
|--------|--------|
| | |
| ganger | ganger |
- | | |
|--------|--------|
| | |
| ganger | ganger |

3. Er legen du har gått til mann eller kvinne?

- | | | |
|---------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Allmennpraktiserende lege | <input type="checkbox"/> Kvinne | <input type="checkbox"/> Mann |
| Gynekolog | <input type="checkbox"/> Kvinne | <input type="checkbox"/> Mann |

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

- Henvist på grunn av komplikasjoner i dette svangerskapet
- Henvist på grunn av tidligere sykdom eller komplikasjoner i tidligere svangerskap
- På eget initiativ uten henvisning

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"/>					
Jeg har blitt godt ivaretatt som person	<input type="checkbox"/>					
Jeg har ikke fått nok tid under kontrollene	<input type="checkbox"/>					
Jeg har følt meg trygg under kontrollene	<input type="checkbox"/>					
Jeg kunne snakke om det jeg har hatt behov for	<input type="checkbox"/>					
Totalt sett er jeg fornøyd med helsevesenets oppfølging av meg	<input type="checkbox"/>					

6. Har du hatt behov for å kontakte jordmor eller lege utenom de vanlige kontrollene?

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

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

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

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

- Nei
- Ja  ganger

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

Utenpå magen		ganger
I skjeden		ganger

10. Har du fått tilbud om fostervanns- eller morkakeprøve?

- Nei (gå til spørsmål 15)
- Ja

11. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morkakeprøve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom prøven(e) ikke viste normale forhold beskriv:

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

- På grunn av min alder (vanligvis 38 år eller eldre ved termin)
- Tidligere barn med kromosomsykdom
- Tidligere barn med nevrarørssdefekt (ryggmargsbrokk)
- Epilepsi (medisiner mot epilepsi)
- Funn ved ultralyd
- Annet

13. Oppsto det komplikasjoner de nærmeste 2 ukene etter forstervannsprøven ble tatt?

- Nei
- Ja

+

14. Hvis ja, hvilke komplikasjoner?

- Blødning fra skjeden
- Fostervannlekkasje
- Magesmerter(menstruasjonsliknende eller sterkere)
- Annet _____

15. Er det blitt tatt røntgenbilder av deg under svangerskapet?

- Nei
- Ja

16. 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"/>					
Lunger	<input type="checkbox"/>					
Armer og bein	<input type="checkbox"/>					
Bekken/mage/rygg	<input type="checkbox"/>					
Annet	<input type="checkbox"/>					

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

- Nei
- Ja, måtte ta det med ro eller ligge
- Ja, fikk medisiner

18. Hvis du fikk medisiner, hvilke?

19. Har du blitt vaksinert i dette svangerskapet?

- Nei
- Ja

Hvilken vaksine _____

20. Har du hatt høyt blodtrykk i dette svangerskapet?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

+

21. Hvis ja, hvor høyt var det på det høyeste i dette svangerskapet? (Se i Helsekortet ditt)

 /  Eks. **150 / 95**

- Vet ikke

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

- Nei
- Ja
- Vet ikke

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

 /  Eks. **150 / 95**

- Vet ikke

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	<table border="1" style="width: 100px; height: 50px;"></table>	<table border="1" style="width: 100px; height: 50px;"></table>
Høyeste verdi i svangerskapet	<table border="1" style="width: 100px; height: 50px;"></table>	<table border="1" style="width: 100px; height: 50px;"></table>
Laveste verdi i svangerskapet	<table border="1" style="width: 100px; height: 50px;"></table>	<table border="1" style="width: 100px; height: 50px;"></table>
<input type="checkbox"/> Vet ikke	+	

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

Vekt	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	kg				
Data for siste kontroll	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	dag	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	måned	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>	år
+						

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

- Nei
 Ja, hvilke(t) sykehus _____

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

- Langvarig kvalme/ brekninger.....
 Blødning.....
 Fostervannslekkasje.....
 Truende fødsel.....
 Høyt blodtrykk.....
 Svangerskapsforgiftning.....
 Annet _____

I hvilke svangerskapsuker var du innlagt?

0-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29+
-----	-----	------	-------	-------	-------	-------	-----

<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							

28. Har du eller har du hatt følgende plager?

	Hvor ofte har du hatt plagene?				Hvor mye om gangen?	
	Aldri	1-4 ganger pr. måned	1-6 ganger pr. uke	Mer enn 1 gang pr. dag	1 gang pr. dag	Dråper
Før dette svangerskapet:						
Urinlekkasje ved hosting, nysing eller latter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinlekkasje ved fysisk aktivitet (løp/hopp).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig trang til vannlating (problemer med å nå frem til toalettet i tide).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med å holde på avføring.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med å holde på luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I dette svangerskapet:						
Urinlekkasje ved hosting, nysing eller latter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinlekkasje ved fysisk aktivitet (løp/hopp).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig trang til vannlating (problemer med å nå frem til toalettet i tide).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med å holde på avføring.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer med å holde på luft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+						

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

	I dette svangerskap		Før første svangerskap		I tidligere svangerskap		Mellom svangerskap	
	Endel plaget	Sterkt plaget						
I korsryggen.....	<input type="checkbox"/>							
Over det ene bekkenleddet bak	<input type="checkbox"/>							
Over begge bekkenleddene bak.....	<input type="checkbox"/>							
Over halebeinet.....	<input type="checkbox"/>							
I seteballene.....	<input type="checkbox"/>							
Foran, over kjønnsbeinet.....	<input type="checkbox"/>							
I lysken.....	<input type="checkbox"/>							
Andre ryggsmerter.....	<input type="checkbox"/>							
+								

30. Vækner du om natten på grunn av bekkensmerter?

- Ja, ofte
- Ja, en sjeldent gang
- Nei, aldri

31. Har du så store vansker med å gå på grunn av bekkensmertene at du må bruke stokk eller krykker?

- Nei, aldri
- Ja, men ikke hver dag, smertene varierer fra dag til dag
- Ja, må bruke stokk eller krykker hver dag

32. Har du fått bedøvelse i forbindelsen med operasjon eller tannlegebehandling i løpet av dette svangerskapet?

- Nei
- Ja

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

- Generell (full) narkose
- Spinal bedøvelse (i ryggmargen)
- Lokal bedøvelse
- Vet ikke

+

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

- Nei
- Ja

35. Hvis ja, har tannlegen utført noen av følgende behandlinger i dette svangerskapet? (Du kan sette flere kryss.)

Ja Nei

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Satt inn nye amalgamfyllinger (sølvfyllinger)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fjernet/skiftet ut amalgamfyllinger..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Satt inn nye hvite fyllinger..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. Hvor mange tenner har du totalt, og omrent hvor mange av tennene har amalgamfyllinger? (Se i speilet og tell dem.)

Totalt antall tenner:



Antall tenner med amalgamfyllinger:



37. Blør du for tiden fra tannkjøttet når du pusser tennene?

- Nei, sjeldent eller aldri
- Ja, av og til
- Ja, ofte
- Ja, nesten alltid

+

Hvordan har du hatt det siden sist?

Nå følger noen spørsmål som handler om tiden siden du fylte ut spørreskjema 1.

45. Dersom du har hatt en eller flere blødninger fra skjeden siden du fylte ut første spørreskjema, kryss av for blødningsmengden, oppgi varighet og kryss av for svangerskapsuke. (Du kan sette flere kryss. Hvis mer enn 3 blødninger, beskriv de 3 siste.)

Kryss av for blødningsmengde
(sporblødning betyr noen dråper)

+

I hvilke svangerskapsuker hadde
du blødningen?

13–16 17–20 21–24 25–28 29+

Blødningen
varte i
antall dager

- | | | | | | | | |
|--|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Sporblødning | <input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning | <input type="checkbox"/> Større mengder | <input type="checkbox"/> |
| 2. <input type="checkbox"/> Sporblødning | <input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning | <input type="checkbox"/> Større mengder | <input type="checkbox"/> |
| 3. <input type="checkbox"/> Sporblødning | <input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning | <input type="checkbox"/> Større mengder | <input type="checkbox"/> |



Mer enn 3 blødningsepisoder. Beskriv: _____

38. Har du fått utført tatovering eller piercing?

- Nei
- Ja

+

39. Hvis ja, hvor ble det utført og når var det?

Tatovering

- I Norge
- I utlandet
- Før svangerskapet
- I svangerskapet

Piercing

-
-
-
-

40. Har du noen gang fått blodoverføring?

- Nei
- Ja, i dette svangerskapet
- Ja, tidligere

41. Hvis ja, i hvilke land og hvilket år?



Land:

Land:

42. Har du noen gang vært operert i brystene?

- Nei
- Ja

43. Hvis ja, var det:

- Brystforstørrelse
- Brystredusjon
- Kreft/kreftprøve
- Annet Beskriv: _____

44. Har du noen gang fått sprøyte med gammaglobulin?

(Brukes for å forebygge gulsott (hepatitt A) oftest i forbindelse med utenlandsreiser.)

- Nei
- Ja

Hvis ja, hvilket år?



46. Kjenner du årsaken til at du blødde?

- Nei
 Ja

+

47. Hvis ja, hva var årsaken?

- Morkaken ligger for langt nede (vanskelig plassert/placenta prævia)
 For tidlig løsning av morkaken (abruptio/ablatio placenta)
 Truende abort/for tidlig fødsel
 Sår på livmorhalsen, slimhinneblødning
 Etter samleie
 Annen årsak

+

48. Har du vært plaget av kynnere / forveer?

- Nei
 Ja, litt plaget
 Ja, mye plaget

+

49. Har du opplevd noen av de følgende plager siden du fylte ut det første spørreskjemaet? I hvilke svangerskapsuker var du plaget?

Brukte du medisiner mot disse plagene, og i så fall; i hvilke svangerskapsuker brukte du disse medisinene 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+	
Kvalme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Langvarig kvalme med brekninger/oppkast.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soppinfeksjon i skjeden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annen skjedekatarr....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Svangerskapskløe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treg mage-/forstoppelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diaré/oppkast.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Uvanlig tretthet-/søvnighet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Halsbrann/sure oppstøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hevelse i kroppen (ødem).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Forkjølelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hoste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Halsbetennelse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bihule-/ørebetennelse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Influensa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lungebetennelse-/bronkitt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Astma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Høysnue/allergier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hodepine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ryggsmørter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bekkenløsning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andre smarter i muskler/ledd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leggkramper.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sukker i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

+

0164

+

77. Hvor ofte har du hatt samleie i løpet av den siste måneden?

- Daglig
- 5–6 ganger i uken
- 3–4 ganger i uken
- 1–2 ganger i uken
- Sjeldnere
- Ingen ganger

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

- Nei
- Ja

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

Land	Måned	År

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

- Nei
- Ja

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

	Daglig	3–6 ganger pr. uke	1 gang pr. uke	Sjeldnere
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marsvin, hamster, kanin, rotte o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undulat og annen fugl inne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høner og annet fjærkre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ku, sau, geit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Over 10 timer
- 8–9 timer
- 6–7 timer
- 4–5 timer
- Mindre enn 4 timer
- Varierende

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

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

84. Har du mulighet for å hvile deg litt på dagen?

- Nei
- Ja

85. Har du vært i sauna (badstue), mens du har vært gravid?

- Nei
- 1–5 ganger
- 6–10 ganger
- Mer enn 10 ganger

86. Har du vært i solarium, mens du har vært gravid?

- Nei
- 1–5 ganger
- 6–10 ganger
- Mer enn 10 ganger

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

Nei Ja Antall timer

Hjemme.....



Arbeid.....



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

- Nei

Av og til Sigaretter pr. uke

Daglig Sigaretter pr. dag

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

- Nei

Av og til Sigaretter pr. uke

Daglig Sigaretter pr. dag

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

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

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

	Svangerskapsuker da dere ikke røykte								
	0–4	5–8	9–12	13–16	17–20	21–24	25–28	29+	
Deg selv....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barnefaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

92. Hvis du har brukt andre former for nikotin, kryss av for hvilken type og når du har brukt dem.

	Tidligere i dette svangerskapet	Nå
Nikotintynggegummi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotinplaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotininhalator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skrå/tyggetobakk/snus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

93. Har du brukt noen av følgende rusmidler i de siste tre månedene?

	Nei	Ja
Hasj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mat og drikke

94 Hvor ofte spiser du følgende matvarer?

	+	Aldri	Noen få ganger i året	1–3 ganger i måneden	En gang i uken eller oftere
Krabbe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reker.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjell (f.eks. blåskjell, o-skjell).....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskelever.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tunfisk eller kveite (hellefisk)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flyndre/annen flatfisk.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjedde eller abbor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen ferskvannsfisk.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinsdyr.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerkjøtt.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever eller nyre fra vilt.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viltvoksende sopp.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

95. Hvor ofte spiser du følgende type mat?

	+	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøttvarer (unntatt hermetikk) kjøpt i utlandet.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt (inkludert fjærkre) som er rått eller ufullstendig stekt/kokt (rosa ved beinet) .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rå kjøtteig, farse, kjøtt (eventuelt smaker på).....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røket/gravet laks eller øret.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bløte øster (f.eks. kremon, camembert, blåost o.l.).....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uvaskete rå grønnsaker, uvasket frukt.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

96. Hva slags drikkevann er det der du bor?

- Egen vannforsyning (f.eks. egen brønn)
 Vann fra vannverk (offentlig eller privat)

Navn på vannverk _____

Vet ikke

97. Er drikkevannet behandlet (klorert eller UV-bestralt)?

- Nei
 Ja, UV-bestralt
 Ja, klorert
 Vet ikke

98. Oppgi drikkemengde (antall kopper/ glass) hver dag i den siste uken.

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

+	Antall kopper/ glass	Koffeinfritt (kryss av)	Antall kopper/ glass	
Filterkaffe.....	2 4 6 8 10 12	<input type="checkbox"/>	Annen light-brus.....	2 4 6 8 10 12
Pulverkaffe.....	2 4 6 8 10 12	<input type="checkbox"/>	Springvann	2 4 6 8 10 12
Kokekaffe/presskannekaffe	2 4 6 8 10 12	<input type="checkbox"/>	Flaskevann (Farris, Olden e.l.)	2 4 6 8 10 12
Te	2 4 6 8 10 12	<input type="checkbox"/>	Saft/juice.....	2 4 6 8 10 12
Urtete.....	2 4 6 8 10 12	<input type="checkbox"/>	Saft/juice (light).....	2 4 6 8 10 12
Annen varm drikke.....	2 4 6 8 10 12	<input type="checkbox"/>	Skummet melk, söt/sur.....	2 4 6 8 10 12
Coca Cola, Pepsi e.l	2 4 6 8 10 12	<input type="checkbox"/>	Lettmelk, söt/sur.....	2 4 6 8 10 12
Annen brus	2 4 6 8 10 12	<input type="checkbox"/>	Helmanlk, söt/sur	2 4 6 8 10 12
Coca Cola-light, Pepsi-light e.l.....	2 4 6 8 10 12	<input type="checkbox"/>	Annet.....	2 4 6 8 10 12

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

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet		
		0–12	13–24	25+
Omtrent 6–7 ganger pr. uke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 4–5 ganger pr. uke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 2–3 ganger pr. uke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang pr. uke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1–3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enheter alkohol

For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 enhet
1 vinglass rød eller hvit vin	= 1 enhet
1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 enhet
1 drammeglass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 enhet

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

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet		
		Svangerskapsuke	0–12	13–24
Flere ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang i uken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1–3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 1 gang pr. måned.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

104. Hvilken sivilstand har du nå?

- Gift
- Samboer
- Enslig
- Skilt/separert
- Enke
- Annet

+

105. Har du noen (utenom ektefelle/ samboer/ partner) som du kan snakke med om det meste?

- Nei
- Ja, 1 – 2 personer
- Ja, flere enn 2 personer

106. Hvor ofte treffer du eller snakker du i telefonen med nære venner eller familie (utenom husstandsmedlemmene)?

- En gang i måneden eller sjeldnere
- 2 – 8 ganger i måneden
- Mer enn 2 ganger pr. uke

109. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av dine tanker om fødselen?

+

Jeg vil gjerne ha en så naturlig fødsel som mulig uten smertestillende og uten inngrep.....

Jeg gruer meg veldig til fødselen.....

Jeg vil gjerne ha så mye bedøvelse at fødselen blir helt smertefri.....

Hvis jeg fikk velge ville jeg helst ha keisersnitt

Jeg mener kvinnen selv må bestemme om det skal gjøres keisersnitt.....

Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke skal være friskt og velskapt

Jeg gleder meg til barnet kommer

101. 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
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7–9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5–6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3–4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1–2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

102. 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuken 0–6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuken 7–12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuken 13–24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etter svangerskapsuken 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

103. 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/ubebag.....	<input type="checkbox"/>				
Endret smak.....	<input type="checkbox"/>				
For fosterets skyld.....	<input type="checkbox"/>				
Depresjon/vansker.....	<input type="checkbox"/>				
Andre grunner.....	<input type="checkbox"/>				

107. Har du noen (utenom din ektefelle/samboer/partner) som du kan regne med å få praktisk hjelp av hvis du trenger det?

- Nei
- Ja, 1 – 2 personer
- Ja, flere enn 2 personer

108. Føler du deg ofte ensom?

- Nesten aldri
- Sjeldn
- Av og til
- Som regel
- Nesten alltid

+

	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="checkbox"/>					
Jeg gruer meg veldig til fødselen.....	<input type="checkbox"/>					
Jeg vil gjerne ha så mye bedøvelse at fødselen blir helt smertefri.....	<input type="checkbox"/>					
Hvis jeg fikk velge ville jeg helst ha keisersnitt	<input type="checkbox"/>					
Jeg mener kvinnen selv må bestemme om det skal gjøres keisersnitt.....	<input type="checkbox"/>					
Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke skal være friskt og velskapt	<input type="checkbox"/>					
Jeg gleder meg til barnet kommer	<input type="checkbox"/>					

110. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt parforhold? (Besvares bare dersom du er i et parforhold.)

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

111. Har du i løpet av de siste to ukene vært plaget med noe av det følgende?

+	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Redd eller engstelig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, indre uro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

112. Hvordan føler du deg for tiden?

+	Ikke riktig	Litt riktig	Nesten riktig	Helt riktig
Jeg føler meg ofte glad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er som regel entusiastisk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er ofte begeistret.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg ofte oppstemt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er som regel munter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

113. Hvor riktige er disse utsagnene for deg?

+	Ikke riktig	Litt riktig	Nesten riktig	Helt riktig
Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis noen motarbeider meg, finner jeg en måte å oppnå det jeg vil på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er sikker på at jeg kan mestre uventede hendelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rolig når jeg møter vanskeligheter, fordi jeg stoler på mestringsevnen min.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dersom jeg er i en knipe, finner jeg vanligvis en løsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

114. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstandene.

+	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"/>						
Livsbetingelsene mine er svært gode.....	<input type="checkbox"/>						
Jeg er fornøyd med livet mitt.....	<input type="checkbox"/>						
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/>						
Hadde jeg kunnet leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe..	<input type="checkbox"/>						

115. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Kryss av for hvert alternativ.)

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

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

	Hvis ja		Vondt/vansklig	Veldig vondt/vansklig
	Nei	Ja		
Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble du skilt, separert eller avbrøt du samlivet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært utsatt for alvorlig trafikkulykke, boligbrann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

117. Livshendelser - Har du noen gang opplevd:

(Du kan sette flere kryss.)

Annet

118. Dersom du har barn fra før, har noen av dem vist vansker innenfor noen av områdene nevnt nedenfor?

	Nei	Ja, men har ikke hatt kontakt med hjelpeapparatet	Ja, og har hatt kontakt med hjelpeapparatet
Tilbaketrukket, ikke engasjert i andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Språklig forsinket utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorisk forsinket utvikling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmerksomhets-/konsentrasjonsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

119. Har du selv hatt vansker innenfor noen av disse områdene da du var i førskolealderen?

	Nei/ Ikke det jeg vet	Ja, men hadde ikke kontakt med hjelpeapparatet	Ja, og hadde kontakt med hjelpeapparatet
Tilbaketrukket, ikke engasjert i andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Språklig forsinket utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorisk forsinket utvikling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmerksomhets-/ konsentrasjonsproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

120. 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"/> Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Barnesykdom (feber med utslekk) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Langvarig hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annen infeksjonssykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Dødfødsel
 - Krybbedød
 - Ulykke
 - Sykdom/misdannelse

Hvilken sykdom _

	Årstall			Barnets alder		
Barn 1						
Barn 2						

121. Har du noen gang mistet et barn?

- Nei (gå til spørsmål 127)
 - Ja

123. 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?

+

Antall samtaler ved møter (ca.):

Helse-personell	Foreldreforening, familie, venner

Antall samtaler pr. telefon (ca.):

Uker med oppfølging (ca.):

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

- Ingen tilbud om oppfølging
- Svært god
- God nok
- Burde vært bedre
- Dårlig

125. Har dødsfallet gjort deg mer engstelig i dette svangerskapet?

- Nei, ikke i det hele tatt
- Nei, ikke vesentlig
- Ja, noe mer
- Ja, i stor grad

+

126. Opplever du at personalet på svangerskapskontrollen har tatt hensyn til denne vondé opplevelsen i sin kontakt med deg?

- Ja, i stor grad
- Ja, noe
- Nei, ikke i det hele tatt

+

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

- Nei
- Vet ikke
- Ja, i min familie, (se spørsmål 128)
- Ja, i barnefarens familie, (se spørsmål 129)

128. Barnet som døde i krybbedød i min familie var:

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Min søster | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Min bror | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Min søsters barn | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Min brors barn | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Min mors søsken | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Min fars søsken | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Andre | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |

129. Barnet som døde i krybbedød i barnefarens familie var:

- | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Barnefarens søster | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Barnefarens bror | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Barnefarens søsters barn | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Barnefarens brors barn | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Barnefarens mors søsken | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Barnefarens fars søsken | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Andre | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |

Har du kommentarer til spørsmålene? Er det noe vi burde forandre på?

Vi vil gjerne vite hva du synes om spørsmålene.

Synes du noen av spørsmålene var vanskelige å forstå?

- Nei

Ja, Spørsmål nummer:

--

Kommentar:

Synes du noen av spørsmålene var for nærgående?

- Nei

Ja, Spørsmål nummer:

--

Kommentar:

Er det noen av spørsmålene du vil råde oss å ta bort?

- Nei

Ja, Spørsmål nummer:

--

Kommentar:

Andre kommentarer:

- Nei

Ja, Spørsmål nummer:

--

Kommentar:

Tusen takk for hjelpen!

+