

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 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 ubezagelig 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

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 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 sarkonvolutten.

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2001)

dag

måned

år

Svangerskapskontroll og helse

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

- Helsestasjon
- Legekontor/legesenter
- Sykehusets poliklinikk

ganger

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

- Jordmor
- Allmennpraktiserende lege
- Gynekolog
- Helsesøster

ganger

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

Allmennpraktiserende lege Kvinne

ganger

Mann

ganger

Gynekolog

Kvinne

ganger

Mann

ganger

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
- 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"/>					
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 kontaktet 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?

<input type="checkbox"/> Nei						
<input type="checkbox"/> Ja		ganger	+			

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

Utenpå magen		ganger	
I skjeden		ganger	

10. Hvor mange barn venter du?

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

- Nei (gå til spørsmål 16)
- Ja

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"/>	<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:

13. 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 nevralrørsdefekt (ryggmargssbrokk)
- Epilepsi (medisiner mot epilepsi)
- Funn ved ultralyd
- Annet

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

- Nei
- Ja

15. Hvis ja, hvilke komplikasjoner?

- Blødning fra skjeden
- Fostervannslekkasje
- Magesmerter (menstruasjonsliknende eller sterke)
- Annet _____

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

- Nei
- Ja

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

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

18. 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

Hvilke medisiner? _____

19. Har du blitt vaksinert i dette svangerskapet?

- Nei
- Ja

Hvilken vaksine? _____

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

- Nei
- Ja

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 Helsekartet 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	,	
Høyeste verdi i svangerskapet	,	
Laveste verdi i svangerskapet	,	

Vet ikke

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

Vekt kg
Data for siste kontroll dag måned 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"/>							

28. Har du eller har du noen gang hatt følgende plager?

Før dette svangerskapet:	Hvis ja, hvor ofte har du hatt det?				Hvor mye om gangen?		
	Nei	Ja	1-4 ganger pr. måned	1-6 ganger pr. uke	Mer enn 1 gang pr. dag	Dråper	Større mengder
Urinlekkasje ved hosting, nysing eller latter	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Urinlekkasje ved sterk 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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

I dette svangerskapet:

I dette svangerskapet	Endel plaget	Sterkt plaget	I tidligere svangerskap	Endel plaget	Sterkt plaget	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 ryggsmarter	<input type="checkbox"/>							

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

+	I dette svangerskap		I tidligere svangerskap		Før ditt første svangerskap
	Nei	Endel plaget	Sterkt plaget	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 ryggsmarter	<input type="checkbox"/>				

30. Våkner du om natten på grunn av bekvensmerter?

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

31. Har du så store vansker med å gå på grunn av bekvensmerter 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 tannleggen 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 fyllinger? (Se i speilet og tell dem.)

Totalt antall tenner:

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

Antall tenner med amalgamfyllinger:

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

Antall tenner med andre typer fyllinger:

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

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

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

38. 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

39. 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

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

Nei

Ja, i dette svangerskapet

ganger

Ja, før dette svangerskapet

ganger

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

(Oppgi de to siste gangene)

År

Land: _____

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

Land: _____

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

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 hatt celleforandringer på livmorhalsen?

Nei

Ja Årstall da det ble påvist første gang

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

45. Har du blitt operert på livmorhalsen?

Nei

Ja Årstall da du ble operert

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

46. Har du noen gang fått sprøyte med gammaglobulin?

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

Nei

Ja

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

Hvis ja, i hvilket år?

+

Hvordan har du hatt det siden sist?

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

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

- Nei
- Ja

48. 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"/> Større mengder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Sporblødning	<input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning	<input type="checkbox"/> Større mengder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hvis mer enn 2 blødningsepisoder, angi antall						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

49. Kjenner du årsaken til at du blødde?

- Nei
- Ja

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

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

51. Har du vært plaget av kynnere / forveer?

- Nei
- Ja, litt plaget
- Ja, mye plaget

52. 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 medisinene(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?	I hvilke svangerskapsuker brukte du medisiner?					Antall dager brukt
		13-16	17-20	21-24	25-28	29+	
1 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Ryggsmarter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3 Andre smerter 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 Annen skjedekatarr/ uvanlig utflo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 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"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9 Treg mage	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10 Diaré/omgangssyke ..	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fortsettelse...

53. Dersom du har hatt feber en eller flere ganger etter 13. svangerskapsuke, angi i hvilke svangerskapsuker, navn på febernedsettende 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 febernedsettende 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	°C	<input type="checkbox"/>
2. gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	°C	<input type="checkbox"/>
3. gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	,	°C	<input type="checkbox"/>

Feber mer enn 3 ganger

54. Har du brukt andre medisiner etter 13. svangerskapsuke som du ikke har nevnt tidligere, for eksempel sovemedisiner 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 svangerskapsuker
13–16 17–20 21–24 25–28 29+

Antall dager
brukt

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

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

56. Hvis ja, i hvilken svangerskapsuke?

- Nei
 Ja



+

Vitaminer, mineraler og kosttilskudd

57. Har du brukt vitaminer, mineraler eller annet kosttilskudd etter 13. svangeskapsuke?

- Nei (gå til spørsmål 61)
 Ja

Hvis du bruker kosttilskudd, vennligst finn frem eske/glass.

58. Kryss av i tabellen nedenfor for de vitaminer og mineraler som finnes i innholdslisten på vitamineske/glass. Kryss også av for når og omtrent hvor ofte du har brukt dem.

+	I hvilke svangerskapsuker 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 Følatsyre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Vitamin B1 (Thiamin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vitamin B2 (Riboflavin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Vitamin B6 (Pyriksin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vitamin B12 (Cyanokobalamin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Niacin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Pantotensyre (pantotenat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Biotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Vitamin C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Vitamin A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Vitamin D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Vitamin E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Jern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Kalk/kalsium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Sink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Selen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Kobber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Krom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Magnesium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Omega-3 fettsyre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

012879

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

1 F.eks.

V I T A P L E X M E D J E R N

2
3
4
5
6

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

- Nei
- Ja
- Vet ikke

+

+

Arbeid

61. Har du hatt inntektsgivende arbeid i dette svangerskapet?

+

- Nei (gå til spørsmål 76)
- Ja

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

- Nei
- Ja (Gå til spørsmål 66)

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

+

Svangerskapsuke

64. Hvordan er arbeidssituasjonen din endret?

- Jeg har sluttet i arbeid
- Jeg har gått ned i redusert stilling
- Annet

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

- Jeg sa opp selv
- Arbeidet var midlertidig (sesongarbeid, engasjement e.l.)
- Jeg ble sagt opp
- Annet

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

- Nei
- Ja

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

- Det har vært unødvendig
- Det er umulig eller nesten umulig
- Jeg har bedt om forandringer, men ikke fått det
- Det er vanskelig å spørre
- Ingen av svarene passer (forklar gjerne nærmere)

68. Hvilkens arbeidstidsordning har du nå? (Du kan sette flere kryss.)

- Fast dagarbeid
- Fast ettermiddags- eller kveldsarbeid
- Fast nattarbeid
- Skiftarbeid eller turnusordning
- Ingen fast ordning (ekstrahjelpe, ekstravakt, vikar og lignende)
- Annen ordning

69. 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
---	--	--

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

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

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

Arbeider du stående/gående? . . .

Kan du velge å arbeide litt raskere visse dager og litt roligere andre dager? . . .

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

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

70. Hvor ofte har du arbeidet ved radiosender eller radar etter 13. svangerskapsuke?

- Sjeldent/aldri
- Noen ganger i uken
- Daglig
- I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig

71. Hvor ofte har du arbeidet ved røntgenapparat (mindre enn 2 meters avstand) etter 13. svangerskapsuke? (Ta ikke med behandling som pasient.)

- Sjeldent/aldri
- Noen ganger i uken
- Daglig
- I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig

72. Har du vært fraværende fra ditt vanlige arbeid i mer enn to uker etter 13. svangerskapsuke?

- Nei
- Ja, delvis
- Ja

75. Hvis du har vært sykmeldt etter 13. svangerskapsuke, skriv opp i tabellen årsaken til sykmelding evt. delvis sykmelding (f.eks. bekkenløsning, lungebetennelse). Kryss av i hvilke svangerskapsuker du var sykmeldt og hvor mange dager hver sykmedding varte. Oppgi også hvor mange prosent du var sykmeldt hver gang.

(Skriv en sykmelding per linje, se eksempel):

Årsak til sykmelding:

Eksempel: bekkenløsning

73. Er du fraværende fra ditt vanlige arbeid nå for tiden?

- Nei
- Ja, delvis
- Ja

74. Hvis ja, hva er årsaken til fraværet nå for tiden? (Sett kun ett kryss.)

- Sykmelding (fravær med sykepenger)
 - Fravær på grunn av sykt barn
 - Permittering med dagpenger
 - Fravær med svangerskapspenger pga. arbeidsmiljø
 - Begynte fødselspermisjon (fravær med fødselpenger)
 - Tjenestepermisjon
 - Annet, beskriv:
-
-
-

76. Løfter du nå når du er gravid noe som veier mer enn 10 kilo? (10 kg tilsvarer vekten av en vannbøtte)

	Hjemme	Arbeid
Sjeldent/aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mindre enn 20 ganger ukentlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mer enn 20 ganger ukentlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, 10 til 20 ganger daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mer enn 20 ganger daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. Har andre tatt på seg mer enn vanlig av husarbeid eller omsorg for barn for å avlaste deg i dette svangerskapet?

- Ja, i stor grad
- Ja, i noen grad
- Nei, ingen har tilbudt seg
- Nei, det har ikke vært nødvendig med slik avlastning

78. Hvis du har begynt i permisjon (fødselspermisjon for dette svangerskapet), når begynte du?

Dato:

dag	måned	år
-----	-------	----

Lelevaner

79. Hvor ofte snakker du i mobiltelefon?

- Sjeldent/aldri
- Noen ganger i uken
- Daglig
- I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig

80. Varer en mobiltelefonsamtale i mer enn 15 minutter?

- Aldri
- Sjeldent
- Ofte

81. Hvor ofte har du arbeidet ved dataskjerm, laserprinter eller kopieringsmaskin (mindre enn 2 meters avstand) etter 13. svangerskapsuke?

	Data-skjerm	Laser-printer	Kopierings-maskin
Sjeldent/aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

82. Bor du i nærheten av en høyspentledning?

- Nei
 - Ja, nærmere enn 50 meter
 - Ja, 50 – 100 meter
 - Ja, men mer enn 100 meter fra

十

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

- Aldri
 - Minst 1–2 ganger i uken
 - Sjeldnere

十

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

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

	1-3 ganger pr. måned	1 gang pr. uke	2 ganger pr. uke	3 ganger eller mer pr. uke
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

86. Hvor ofte er du så fysisk aktiv (i fritid eller på arbeid) nå for tiden at du blir anpussten eller svettet? (Kryss av for hver linje.)

87. Hvor ofte har du hatt samleie gjennomsnittlig 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

+

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

- Nein
 - Ja

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

Land	Måned	År

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

- Nein
 Ja

+

91. 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"/>	<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"/>

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

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

+

93. 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"/>

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

- Nei
- Ja

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

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

96. Har du vært i solarium mens du har vært gravid?

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

+

**97. 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"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

- Anabole steroider
- Testosteronpreparater
- Veksthormon (eks. Genotropin/Somatropin)

98. Røyker du nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigareetter?

- Nei
- Av og til  Sigareetter pr. uke
- Daglig  Sigareetter pr. dag

+

99. Røyker barnefaren nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigareetter?

- Nei
- Av og til  Sigareetter pr. uke
- Daglig  Sigareetter pr. dag

+

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

- Deg selv  Svangerskapsuke
- Barnefaren  Svangerskapsuke

+

101. 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"/>							
Barnefaren	<input type="checkbox"/>							

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

	Nei	Ja
Nikotintyggemiumi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotinplaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotininnhalator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skrå/tyggetobakk/snus ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

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

	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"/>

+

Det siste halvåret før du ble gravid I dette svangerskapet

Aldri	Tidligere	
<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"/>

Mat og drikke

105. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Reker		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Skjell (f.eks. blåskjell, o-skjell)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Fiskelever		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Tunfisk eller kveite (hellefisk)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Flyndre/annen flatfisk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Gjedde eller abbor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Annen ferskvannsfisk		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Reinsdyr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Sauerkjøtt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Lever eller nyre fra vilt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Viltvoksende sopp		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

106. Hvor ofte spiser du følgende type mat? (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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtvarer (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 kjøttdeig, farse, kjøtt (eventuelt smaker på)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røket/gravet laks eller ørret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bløte oster (f.eks. kremsost, 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"/>

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

	Nei	Ja
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appelsiner/sitroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jordbær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annet, hva? _____

108. Hva slags drikkevann er det der du bor?

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

Navn på vannverk _____

- Vet ikke

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

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

110. Oppgi drikke mengde (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="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pulverkaffe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kokekaffe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Annen kaffe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Te	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Coca Cola, Pepsi e.l.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annen brus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Coca Cola-/Pepsi light	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Annen light-brus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Springvann	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Flaskevann	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	+	Ant. kopper/ glass	Økologisk (kryss av)
12. Saft/juice		<input type="checkbox"/>	
13. Saft/juice light		<input type="checkbox"/>	
14. Søtmelk (skummet, lett, hel)		<input type="checkbox"/>	
15. Cultura, alle typer.		<input type="checkbox"/>	
16. Biola, alle typer		<input type="checkbox"/>	
17. Annen surmelk (kefir, yoghurt e.l.).....		<input type="checkbox"/>	
18. Annet.....		<input type="checkbox"/>	

111. 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="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

112. 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
	0–12	13–24	25+
Flere ganger i ukken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang i ukken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1–3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

113. 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
	0–12	13–24	25+
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7–9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5–6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3–4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1–2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

114. 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"/>

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

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

116. Hvilken sivilstand har du nå?

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

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

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

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

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

119. Føler du deg ofte ensom?

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

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

- Veldig god
- God
- Sånn passe
- Dårlig
- Veldig dårlig

121. 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="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"/>					
Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) uansett . . .	<input type="checkbox"/>					
Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) hvis jordmoren også er enig . . .	<input type="checkbox"/>					
Hvis jeg fikk velge ville jeg helst ta 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"/>					

+

122. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt parforhold? (Besvares bare dersom du er i et parforhold.) (Kryss av 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="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"/>					

+

123. Har du i løpet av de 2 siste ukene vært plaget med noe av det følgende? (Kryss av for hver linje.)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervositet, 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"/>
Mye bekymret eller urolig . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig frykt uten grunn . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

124. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv? (Kryss av for hver linje.)

	Sjeldent/ aldri	Nokså sjeldent	Noen ganger	Ofte	Veldig mye plaget
Føler deg glad for noe . . .	<input type="checkbox"/>				
Føler deg lykkelig . . .	<input type="checkbox"/>				
Føler deg oppstemt, som om alt legger seg til rette for deg . . .	<input type="checkbox"/>				
Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på ting . . .	<input type="checkbox"/>				
Føler deg sint, irritert eller ergerlig . . .	<input type="checkbox"/>				
Føler deg rasende på noen . . .	<input type="checkbox"/>				

+

125. Hvor riktige er disse utsagnene for deg? (Kryss av 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="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 min evne til å klare meg . . .	<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"/>

126. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstandene. (Kryss av for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Enig	Helt enig
På de fleste måter er livet mitt nær idealtet 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"/>						

+

127. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Kryss av for hver linje.)

	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"/>

128. 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"/>					
Har du hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>					
Ble du skilt, separert eller avbrøt du samlivet	<input type="checkbox"/>					
Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/>					
Har du vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>					
Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>					
Har du vært utsatt for alvorlig trafikkulykke, boligbrann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/>					
Har du mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/>					
Annet	<input type="checkbox"/>					

129. 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)	Hjem eller hvilke personer var det som utsatte deg for det?			Har dette skjedd deg det siste året?	
				Fremmed person	Familie eller slektning	Annен kjent person	Nei	Ja
At noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kue, fornindre eller ydmyke deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli utsatt for fysiske overgrep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli presset til seksuelle handlinger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annet**130. 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 utslett)	<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"/>

132. 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 søskjen	<input type="checkbox"/> Gutt	<input type="checkbox"/> Pike
<input type="checkbox"/> Min fars søskjen	<input type="checkbox"/> Gutt	<input type="checkbox"/> Pike
<input type="checkbox"/> Andre	<input type="checkbox"/> Gutt	<input type="checkbox"/> Pike
	<input type="checkbox"/> Kjønn ukjent	<input type="checkbox"/> Kjønn ukjent

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

- Nei
 Vet ikke
 Ja, i min familie, (se spørsmål 132)
 Ja, i barnefarens familie, (se spørsmål 133)

012879

133. 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 søsker | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Barnefarens fars søsker | <input type="checkbox"/> Gutt | <input type="checkbox"/> Pike |
| <input type="checkbox"/> Andre | <input type="checkbox"/> Kjønn ukjent | <input type="checkbox"/> Kjønn ukjent |

134. Har du noen gang mistet et barn?

- Nei (hvis nei, er du ferdig med spørsmålene)
- Ja

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

- Dødfødsel (Fødsel etter 16. svangerskapsuke.)
- Krybbedød
- Ulykke
- Sykdom/misdannelse

Hvilken sykdom/misdannelse: _____

- Annet

Barn 1	Årstall		Barnets alder	
	år	måneder	år	måneder
Barn 2				

136. 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?

Helse-personell	Foreldreforening, familie, venner
-----------------	-----------------------------------

Antall samtaler ved møter (ca.):

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

Antall samtaler pr. telefon (ca.):

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

137. 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

138. 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

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

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

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

Legg det utfylte skjemaet i den frankerte returkonvoluten og send det til:

Den norske Mor og Barn undersøkelsen
 Medisinsk fødselsregister
 Armauer Hansens Hus
 5839 Bergen

