

# Den norske Mor og Barn undersøkelsen

+

## 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 Helsekort for gravide før du begynner å besvare spørsmålene, slik at du kan benytte opplysningene som står der under utfyllingen av spørreskjemaet. Hvis du synes at et spørsmål er for ubehagelige eller vanskelig å svare på kan du la være å svare på det spørsmålet og gå videre til det neste.

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

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du *et kryss* for det svaret som du mener passer best, slik: ☒ Skriver du feil, kan du 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:

Tall:

Bokstaver:

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

skriver slik:        
dag måned år

- 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 BOKSTAVES**.

+

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

Oppgi datoen 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   ganger
- ☐ Legekontor/legesenter   ganger
- ☐ Sykehusets poliklinikk   ganger

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

- ☐ Jordmor   ganger
- ☐ Allmennpraktiserende lege   ganger
- ☐ Gynekolog   ganger
- ☐ Helsesøster   ganger

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

- Allmennpraktiserende lege ☐ Kvinne ☐ Mann
- Gynekolog ☐ Kvinne ☐ 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har blitt godt ivaretatt som person .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke fått nok tid under kontrollene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har følt meg trygg under kontrollene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kunne snakke om det jeg har hatt behov for .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalt sett er jeg fornøyd med helsevesenets oppfølging av meg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 nevraltørdefekt (ryggmargsbrokk)

☐ Epilepsi (medisiner mot epilepsi)

☐ Funn ved ultralyd

☐ Annet

+

### 13. Oppsto det komplikasjoner de nærmeste 2 ukene etter fostervannsprøven 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Lunger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Armer og bein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Bekken/mage/rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

### 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.   /

☐ 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.   /

☐ 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Høyeste verdi i svangerskapet	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Laveste verdi i svangerskapet	<input type="text"/>	<input type="text"/>

☐ Vet ikke

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

Vekt  kg

Dato for siste kontroll  dag  måned  år

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

- ☐ Nei  
☐ Ja, hvilke(t) sykehus

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

	I hvilke svangerskapsuker var du innlagt?							
	0-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29+
<input type="checkbox"/> Langvarig kvalme/ brekninger .....	<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"/> Blødning .....	<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"/> Fostervannsslekkasje .....	<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"/> Truende fødsel .....	<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"/> Høyt blodtrykk .....	<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"/> Svangerskapsforgiftning .....	<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"/> Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	1 gang pr. dag	Mer enn 1 gang pr. dag	Dråper Større mengder
<b>Før dette svangerskapet:</b>						
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"/>
<b>I dette svangerskapet:</b>						
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 kroppsdeler? 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	Endel plaget	Sterkt plaget	Endel plaget	Sterkt plaget	Endel plaget	Sterkt plaget
I korsryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over det ene bekkenleddet bak .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over begge bekkenleddene bak.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over halebeinet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I seteballene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foran, over kjønnsbeinet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I lysken.....	<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 ryggsmertner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

- ☐ Ja, ofte  
☐ Ja, en sjelden gang  
☐ Nei, aldri

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

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

## 32. Har du fått bedøvelse i forbindelse 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 omtrent 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, sjelden eller aldri  
☐ Ja, av og til  
☐ Ja, ofte  
☐ Ja, nesten alltid

## 38. Har du fått utført tatovering eller piercing?

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

	Tatovering	Piercing
<input type="checkbox"/> I Norge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> I utlandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Før svangerskapet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> I svangerskapet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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  
☐ Brystreduksjon  
☐ 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?

--	--	--	--

## 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?					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"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div></div>
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"/>	<div><div></div><div></div></div>
3. <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"/>	<div><div></div><div></div></div>

☐ Mer enn 3 blødningsepisoder. Beskriv: \_\_\_\_\_

## 46. Kjenner du årsaken til at du blødde?

- ☐ Nei  
☐ Ja

+

## 48. Har du vært plaget av kynnere / forveer?

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

## 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

+

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

+

+



53. 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.)

[illegible]

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

☐ Nei  
☐ Ja

**55. Hvis ja, i hvilken svangerskapsuke?**

## Arbeid og fritid

**56. Har du inntektsgivende arbeid?** (se bort fra sykemeldinger, fødselspermisjon eller andre midlertidige avbrudd)

☐ Nei (gå til spørsmål 59)

**57. Hvilken arbeidstidsordning har du nå?**

☐ Fast dagsarbeid

☐ Fast ettermiddags- eller kveldsarbeid

☐ Fast nattarbeid

☐ Skiftarbeid eller turnusordning

☐ Ingen fast ordning (ekstrahjelp, ekstravakt, vikar e.l.)

☐ Annen ordning

**58. Kryss av for følgende spørsmål som gjelder nåværende arbeid.** (Kryss av for hvert spørsmål.)

+

+	Ja, daglig mer enn halve arbeidstiden	Ja, daglig mindre enn halve arbeidstiden	Ja, i perioder, men ikke daglig	Sjelden eller aldri
Hender det at du har så mye å gjøre at arbeidssituasjonen blir oppjaget og masete? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Må du vri eller bøye deg mange ganger i timen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeider du med hendene løftet i skulderhøyde eller høyere? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeider du stående/gående? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I noen jobber kan man selv bestemme når ulike arbeidsoppgaver skal gjøres og i hvilket tempo. Man kan for eksempel velge å arbeide litt raskere visse dager og litt roligere andre dager. Har du den muligheten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du utsatt for så mye støy eller lyder at du synes det er ubehagelig? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du utsatt for så mye støy eller lyder at du må heve stemmen for å snakke med andre, selv på en meters avstand? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Hjemme	På arbeid
Ja, mer enn 20 ganger <b>daglig</b> . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, 10 til 20 ganger <b>daglig</b> . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mer enn 20 ganger <b>ukentlig</b> . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mindre enn 20 ganger <b>ukentlig</b> . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sielden eller aldri . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**60. Er du i samme arbeidsforhold nå som det du beskrev i det første spørreskjemaet? (gjelder ikke sykemeldinger, fødselspermisjon eller andre midlertidige avbrudd).**

☐ Nei

☐ Ja

**61. Hvis du har sluttet, i hvilken svangerskapsuke gjorde du det?**

## Svangerskapsuke

**62. Hvis du har sluttet, hvorfor gjorde du det?**

☐ Jeg sa opp selv

☐ Arbeidet var midlertidig (sesongarbeid, engasjement e.l.)

☐ Jeg ble sagt opp

☐ Annet

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

☐ Nei  
☐ Ja

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

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



65. 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  
☐ Det har ikke vært nødvendig med slik avlastning

+

66. Har du vært fraværende fra ditt vanlige arbeid i mer enn to uker av dette svangerskapet?

- ☐ Nei  
☐ Ja

67. Er du fraværende fra ditt vanlige arbeid nå?

- ☐ Nei  
☐ Ja

68. Hvis ja, hva er årsaken til fraværet nå?

- ☐ Fravær med sykepenger (sykemelding)  
☐ Fravær på grunn av sykt barn  
☐ Permittering med dagpenger  
☐ Fravær med svangerskapspenger på grunn av arbeidsmiljø  
☐ Fravær med fødselspenger  
☐ Tjenestepermisjon  
☐ Annet, beskriv: \_\_\_\_\_

69. Hvis du har begynt i permisjon når begynte du?

(Fødselspermisjon i forbindelse med dette svangerskapet.)

Dato:           +  
dag måned år

70. Skriv opp i tabellen årsak til sykemelding (f.eks. bekkenløsning, lungebetennelse), og kryss av for når dette var og hvor mange dager.

Årsak til sykemelding  
F.eks. lungebetennelse

	Var sykemeldt i svangerskapsuker					Antall dager tilsammen
	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="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

## Levevaner

71. Hvor ofte snakker du i mobiltelefon?

- ☐ Sjelden/aldri  
☐ Noen ganger i uken  
☐ Daglig  
☐ I gjennomsnitt mer enn 1 time pr.dag

72. Varer en mobiltelefonsamtale i mer enn 15 minutter?

- ☐ Aldri  
☐ Sjelden  
☐ Ofte

73. Bor du i nærheten av en høyspentledning?

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

74. Hvor mange ganger pr. uke gjør du øvelser for disse muskelgruppene nå?

	Aldri	Antall ganger pr. uke	Antall minutter pr. gang
+			
Magemuskler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ryggmuskler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bekkenbunnsmuskler..	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- ☐ Aldri  
☐ 1-2 ganger i uken  
☐ Sjeldnere

+

76. Hvor ofte driver du fysisk aktivitet nå?

	Aldri	Antall ganger pr. uke	Antall minutter pr. gang
+			
Rolig gange/spasertur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rask gange/turgang.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Løping/jogging/orientering.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sykling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Helsestudio/styrketrening.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gymnastikk/aerobics for gravide.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trening uten løp og hopp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trening med løp og hopp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Folkedans/swing.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rock/diskodans.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Skigåing.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ballspill/nettballspill.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Svømming.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Riding.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Annet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



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 fjækrer .....	<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 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Arbeid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

+

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  Svangerskapsuke

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.)

	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
Nikotintyggegummi .....	<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"/>
Saukjøtt .....		<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 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. kremost, 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-bestrålt)?

- ☐ Nei  
☐ Ja, UV-bestrålt  
☐ 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 .....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Annen light-brus .....
Pulverkaffe .....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Springvann .....
Kokekaffe/presskannekaffe .....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Flaskevann (Farris, Olden o.l.) .....
Te .....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Saft/juice .....
Urtete .....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Saft/juice (light) .....
Annen varm drikke .....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Skummet melk, søt/sur .....
Coca Cola, Pepsi e.l. ....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Lettmelk, søt/sur .....
Annen brus .....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Helmelk, søt/sur .....
Coca Cola-light, Pepsi-light e.l. ....	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Annet .....

+

## 99. 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 hetvingglass, 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	25+
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"/>

## 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	25+
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.)

	+	Siste 3 måneder før siste menstruasjon.....	Endring til mindre mengder	Endring til større mengder
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuke 0-6 .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuke 7-12 .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuke 13-24 .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etter svangerskapsuke 25 .....		<input type="checkbox"/>	<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/ubehag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endret smak.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For fosterets skyld.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresjon/vansker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre grunner.....	<input type="checkbox"/>	<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?

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

### 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner og jeg har problemer i parforholdet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner er generelt forståelsesfull .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med forholdet til min partner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vært heldig med valg av partner .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er enige om hvordan barn bør oppdras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 mestringsøvnene mine .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livsbedingungen mine er svært gode .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde jeg kunnet leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ubrukkelig 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?

	+	Nei	Ja	Hvis ja		
				Ikke så ille	Vondt/ vanskelig	Veldig vondt/ vanskelig
Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg .....		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Ble du skilt, separert eller avbrøt du samlivet .....		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært alvorlig syk eller skadet .....		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Har du mistet en som sto deg nær .....		<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

117. Livshendelser - Har du noen gang opplevd:

(Du kan sette flere kryss.)

	+	Nei, aldri	Ja, som barn (under 18 år)	Ja, som voksen (over 18 år)	Hvem eller hvilke personer var det som utsatte deg for det?			Har dette skjedd deg det siste året?	
					Fremmed person	Familie eller slektning	Annen kjent person	Nei	Ja
At noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kue, fornede eller ydmyke deg? .....		<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

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 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"/>

121. Har du noen gang mistet et barn?

- ☐ Nei (gå til spørsmål 127)  
☐ Ja

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

- ☐ Dødfødsel  
☐ Krybbedød  
☐ Ulykke  
☐ Sykdom/misdannelse

Hvilken sykdom .....

	Årstall	Barnets alder
Barn 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Barn 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>

år måneder

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?

+

Helse-  
personell      Foreldreforening,  
familie, venner

Antall samtaler ved møter (ca.):

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 vonde 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:

- ☐ Min søster  
☐ Min bror  
☐ Min søsters barn  
☐ Min brors barn  
☐ Min mors søsken  
☐ Min fars søsken  
☐ Andre
- ☐ Gutt    ☐ Pike  
☐ Gutt    ☐ Pike  
☐ Gutt    ☐ Pike    ☐ Kjønn ukjent  
☐ Gutt    ☐ Pike    ☐ Kjønn ukjent

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

- ☐ Barnefarens søster  
☐ Barnefarens bror  
☐ Barnefarens søsters barn  
☐ Barnefarens brors barn  
☐ Barnefarens mors søsken  
☐ Barnefarens fars søsken  
☐ Andre
- ☐ Gutt    ☐ Pike  
☐ Gutt    ☐ Pike  
☐ Gutt    ☐ Pike    ☐ Kjønn ukjent  
☐ Gutt    ☐ Pike    ☐ Kjønn ukjent

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!*