

Spørreskjema 4 - Når barnet er ca. 6 måneder gammel



Spørreskjema 4 - Når barnet er ca. 6 måneder gammel

Dette spørreskjemaet er to-delt. Den første delen dreier seg om barnet, den andre delen handler om deg selv. Det ville være en fordel om du finner frem barnets helsekort før du begynner, slik at du kan benytte opplysningene som står der under utfyllingen av spørreskjemaet. Hvis du synes at et spørsmål er vanskelig å svare på, kan du hoppe over det og gå videre til neste spørsmål.

Hvis du fikk tvillinger eller trillinger vennligst fyll ut et spørreskjema for hvert barn.

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

• Bruk bly eller sort kulepenn.

• Les små avkrysningsboksene setter du et kryss for det svaret som du mener passer best, slik: ☒

• Skriver du full, kan du bare ta bort krysset ved å fylle boksen helt, slik: ☐

• For store, tomme boksene skriver du tall.

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

Tall:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

• I tallboksen med flere ruter skriver du et ett-sifret tall i den høyre ruten. Eksempel: 5 skrives slik

5

• Datobokser er delt opp i tre deler, den første for dag i måned, den neste for månedstallet og den siste for åretallet slik at datoen skal skrives slik:

6	5	2005
---	---	------

dag

måned

år

• Spesielle opplysninger som f.eks. medikamenter skriver du fritt på de åpne linjene. Vennligst skriv tydelig.

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

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

"v 0 1"

"v 0 2"

"v 0 3"

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2002)

Om fødselen



Fyll ut for tvilling I

1. Er barnet en gutt eller jente?

"v 1" (1)

"v 1" (2)

2. Hvor stort var barnet ved fødselen?

Fødselsvekt:

"v 2 1"

 g

Lengde:

"v 2 2"

 cm

3. I hvilken svangerskapsuke fødte du?

"v 3" uke

4. Hvor lenge lå barnet på sykehus etter fødselen?

Antall dager

"v 4 1"

 eller uker

"v 4 2"

5. Ble barnet overflyttet til en annen avdeling eller sykehus etter fødselen?

"v 5 1" (1)

"v 5 1" (2)

"v 5 2"

Hvis ja, hvilken?

6. Ble barnet forløst ved keisersnitt?

"v 6" (1)

"v 6" (2)



"LNR1"

7. Hvis ja, var kelsersnittet planlagt?

"v 7 1" (1)

"v 7 1" (2)



Hvis ja, hvorfor?

"v 7 2" e

"v 7 3" e keisersnitt

"v 7 4" arskapskomplikasjon eller sykdom hos mor

"v 7 5" livekst eller annen tilstand hos fosteret

"v 7 6" nske

"v 7 7"

8. Oppsto det komplikasjoner under fødselen?

"v 8 1" (1)

"v 8 1" (2)

"v 8 2"

Hvis ja, beskriv:

9. Ble du innlagt eller overflyttet til annen avdeling eller annet sykehus på grunn av komplikasjoner i forbindelse med fødselen? (Gjelder både før og etter fødselen.)

"v 9" (1)

"v 9" (2)

10. Hvis ja, hvor?

"v 10 1"

Avdeling:

"v 10 2"

Sykehus:

11. Hvor lenge var du selv innlagt på sykehuset i forbindelse med fødselen?

"v 11 1"

Før fødselen

Antall dager

"v 11 2"

Etter fødselen

Antall dager

12. Ble fødselen slik du hadde forventet?

"v 12" (1) forventet

"v 12" (2) gikk lettere

"v 12" (3) ...

"v 12" (4) ble verre

"v 12" (5)

13. Hvordan passer følgende beskrivelser av fødselen for deg? (Sett ett kryss for hver linje.)

Passer bra Passer delvis Passer ikke

Jeg følte meg trygg og i gode hender

"v 13" "v 13" "v 13 1" (3)

Jeg hadde store smerter

"v 13" "v 13" "v 13 2" (3)

Jeg fikk for lite smertestillende

medisiner

"v 13" "v 13" "v 13 3" (3)

14. Var noen av dine nærmeste tilstede under fødselen?

"v 14 1" nets far

"v 14 2" dre

"v 14 3"

Om barnet

Ernæring

15. Hva fikk barnet å drikke første leveuke?

(Sett eventuelt flere kryss.)

"v 15 1" elk

"v 15 2"

"v 15 3" vann

"v 15 4" elkerstatning

"v 15 5 1" skriv: "v 15 5 2"

"v 15 6" a/husker ikke

16. Hva slags drikke har barnet fått de første 6 levestedene?

(Sett et kryss for hver måned barnet har fått den aktuelle drikke.)

Barnets alder i måneder

0 1 2 3 4 5 6

Brystmelk "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 16 1 7"

Collett vanlig "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 16 2 7"

Collett med Omega 3 ... "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 16 3 7"

NAN vanlig "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 16 4 7"

Nan HA1 "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 16 5 7"

Annen melk, beskriv:

"v 16 6 8" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 16 6 7"

Vann "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 16 7 7"

Saft / Juice "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 1" "v 16 8 7"

17. Hvor ofte får barnet følgende drikke nå for tiden?

(Sett ett kryss for hver linje.)

1. Brystmelk

2. Morsmelktilllegg

3. Vanlig søt melk, alle typer

4. Surmelk (yoghurt, kulturmilk osv.)

5. Økologiske melkeprodukter (melk, yoghurt)

6. Kokt vann

Aldri/sjelden 1-3 ganger pr. uke 4-6 ganger pr. uke Minst 1 gang daglig

"v 17 1" (1) "v 17 1" (2) "v 17 1" (3) "v 17 1" (4)

"v 17 2" (1) "v 17 2" (2) "v 17 2" (3) "v 17 2" (4)

"v 17 3" (1) "v 17 3" (2) "v 17 3" (3) "v 17 3" (4)

"v 17 4" (1) "v 17 4" (2) "v 17 4" (3) "v 17 4" (4)

"v 17 5" (1) "v 17 5" (2) "v 17 5" (3) "v 17 5" (4)

"v 17 6" (1) "v 17 6" (2) "v 17 6" (3) "v 17 6" (4)

	Aldri/ sjelden	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	Minst 1 gang daglig
7. Vann fra springen	"v 17 7" (1)	"v 17 7" (2)	"v 17 7" (3)	"v 17 7" (4)
8. Vann kjøpt på flaske	"v 17 8" (1)	"v 17 8" (2)	"v 17 8" (3)	"v 17 8" (4)
9. Barnesaft kjøpt på flaske	"v 17 9" (1)	"v 17 9" (2)	"v 17 9" (3)	"v 17 9" (4)
10. Annen saft, sukret	"v 1710" (1)	"v 1710" (2)	"v 1710" (3)	"v 1710" (4)
11. Saft, kunstig søtet	"v 1711" (1)	"v 1711" (2)	"v 1711" (3)	"v 1711" (4)
12. Juice	"v 1712" (1)	"v 1712" (2)	"v 1712" (3)	"v 1712" (4)
13. Annet, beskriv: <input type="text" value="v 1713 2"/>	"v 1713 1" (1)	"v 1713 1" (2)	"v 1713 1" (3)	"v 1713 1" (4)

18. Hvor ofte spiser barnet følgende mat nå for tiden, og hvor gammelt var barnet da dere startet med denne maten?

	Hvor ofte får barnet dette?				Hvor gammelt var barnet da hun/han fikk denne maten første gang?
	Aldri/ sjelden	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	Minst 1 gang daglig	
Industrifremstilt grøt (grøtpulver):					"v 18 1 2"
1. Risgrøt, maisgrøt	"v 18 1 1" (1)	"v 18 1 1" (2)	"v 18 1 1" (3)	"v 18 1 1" (4)	<input type="text"/> måneder
2. Havregrøt, ulike typer	"v 18 2 1" (1)	"v 18 2 1" (2)	"v 18 2 1" (3)	"v 18 2 1" (4)	<input type="text"/> måneder
3. Hvete grøt, alle typer, kavringsgrøt	"v 18 3 1" (1)	"v 18 3 1" (2)	"v 18 3 1" (3)	"v 18 3 1" (4)	<input type="text"/> måneder
Hjemmelaget grøt av:					"v 18 4 2"
4. Hvetemel (grov/fint) kavrings, semule, havre	"v 18 4 1" (1)	"v 18 4 1" (2)	"v 18 4 1" (3)	"v 18 4 1" (4)	<input type="text"/> måneder
5. Jernberiket hvetemel	"v 18 5 1" (1)	"v 18 5 1" (2)	"v 18 5 1" (3)	"v 18 5 1" (4)	<input type="text"/> måneder
6. Helios barnemel	"v 18 6 1" (1)	"v 18 6 1" (2)	"v 18 6 1" (3)	"v 18 6 1" (4)	<input type="text"/> måneder
7. Hirse	"v 18 7 1" (1)	"v 18 7 1" (2)	"v 18 7 1" (3)	"v 18 7 1" (4)	<input type="text"/> måneder
Industrifremstilt middag på glass:					"v 18 8 2"
8. Grønnsaker	"v 18 8 1" (1)	"v 18 8 1" (2)	"v 18 8 1" (3)	"v 18 8 1" (4)	<input type="text"/> måneder
9. Grønnsaker og kjøtt	"v 18 9 1" (1)	"v 18 9 1" (2)	"v 18 9 1" (3)	"v 18 9 1" (4)	<input type="text"/> måneder
Hjemmelaget middag:					"v 1810 2"
10. Potet/grønnsakmos	"v 1810 1" (1)	"v 1810 1" (2)	"v 1810 1" (3)	"v 1810 1" (4)	<input type="text"/> måneder
11. Kjøtt og grønnsaker/potet	"v 1811 1" (1)	"v 1811 1" (2)	"v 1811 1" (3)	"v 1811 1" (4)	<input type="text"/> måneder
12. Fisk og grønnsaker/potet	"v 1812 1" (1)	"v 1812 1" (2)	"v 1812 1" (3)	"v 1812 1" (4)	<input type="text"/> måneder
13. Annen hjemmelaget middag	"v 1813 1" (1)	"v 1813 1" (2)	"v 1813 1" (3)	"v 1813 1" (4)	<input type="text"/> måneder
Mellommåltid/dessert:					"v 1814 2"
14. Hjemmelaget fruktmos	"v 1814 1" (1)	"v 1814 1" (2)	"v 1814 1" (3)	"v 1814 1" (4)	<input type="text"/> måneder
15. Frukt/bærmos kjøpt på glass	"v 1815 1" (1)	"v 1815 1" (2)	"v 1815 1" (3)	"v 1815 1" (4)	<input type="text"/> måneder
16. Kavrings/kjeks/brod	"v 1816 1" (1)	"v 1816 1" (2)	"v 1816 1" (3)	"v 1816 1" (4)	<input type="text"/> måneder
17. Annet, beskriv: <input type="text" value="v 1817 3"/>	"v 1817 1" (1)	"v 1817 1" (2)	"v 1817 1" (3)	"v 1817 1" (4)	<input type="text"/> måneder

19. Tror du, eller vet du, at barnet reagerer på melk/melkeprodukter?

"v 19" (1)

"v 19" (2)



20. Hvis ja, hvilke produkter?

"v 20 1" (1)

"v 20 2" (1) skummet melk

"v 20 3" (1) smør

"v 20 4" (1) surmelk

"v 20 5" (1) melk når mor drikker melk

"v 20 6" (1)

21. Får barnet tran, vitaminer, jern eller annet kosttilskudd?

"v 21" (1)

"v 21" (2)



22. Hvis barnet får tran, vitaminer, jern eller annet kosttilskudd, angi hvor mye barnet får pr. gang og hvor ofte. Hvor gammelt var barnet i måneder og uker da hun/han fikk preparatet for første gang?

Navn på preparat	Hvor mange teskjeer pr. gang?	Hvor ofte får barnet dette?	Hvor gammelt var barnet da dere startet med preparatet?
1. Tran	"v 22 1 1" (1) teskjeer	"v 22 1 2" (1) "v 22 1 2" (2)	"v 22 1 3" (1) måneder og "v 22 1 4" (1) uker
2. Biovit	"v 22 2 1" (1) teskjeer	"v 22 2 2" (1) "v 22 2 2" (2)	"v 22 2 3" (1) måneder og "v 22 2 4" (1) uker
3. Sanasol	"v 22 3 1" (1) teskjeer	"v 22 3 2" (1) "v 22 3 2" (2)	"v 22 3 3" (1) måneder og "v 22 3 4" (1) uker
4. Nycoplus Multi Vitaminmikstur for barn ..	"v 22 4 1" (1) teskjeer	"v 22 4 2" (1) "v 22 4 2" (2)	"v 22 4 3" (1) måneder og "v 22 4 4" (1) uker
5. Fluor		"v 22 5 2" (1) "v 22 5 2" (2)	"v 22 5 3" (1) måneder og "v 22 5 4" (1) uker
6. Jerntilskudd, hvilket:			
"v 22 6 5" (1)		"v 22 6 2" (1) "v 22 6 2" (2)	"v 22 6 3" (1) måneder og "v 22 6 4" (1) uker
7. Annet kosttilskudd, hvilket:			
"v 22 7 5" (1)		"v 22 7 2" (1) "v 22 7 2" (2)	"v 22 7 3" (1) måneder og "v 22 7 4" (1) uker

Vekst, helse og medisinbruk

Du finner opplysning for å kunne svare på de neste spørsmålene i barnets helsekort.

23. Hvor mange ganger har du/dere vært på helsestasjonen med barnet?

"v 23" (1) ganger

"v 23" (2) ganger

"v 23" (3) ganger

"v 23" (4) ganger

"v 23" (5) 10 ganger

24. Har barnet fått de vaksinene som helsestasjonen anbefaler?

"v 24" (1)

"v 24" (2) skoler ikke vaksiner

"v 24" (3) net har vært mye syk

"v 24" (4) sine utsatt av praktiske grunner

"v 24" (5)



25. Ta utgangspunkt i barnets helsekort og kryss av for hvilke vaksiner barnet har fått og om det har vært noen bivirkning av vaksiner. (Kryss av for hver linje.)

Vaksiner	Har barnet fått vaksinen?		Har det vært bivirkning etter vaksinen?		Har det vært bivirkning som medførte kontakt med lege?		Har det vært bivirkning som medførte sykehusinnleggelse?	
	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja
1. DTP (Infanrix)	"v 25 1 1" (1)	"v 25 1 2" (1)	"v 25 1 3" (1)	"v 25 1 4" (1)	"v 25 1 5" (1)	"v 25 1 6" (1)	"v 25 1 7" (1)	"v 25 1 8" (1)
2. DT (Difteri / tetanus)	"v 25 2 1" (1)	"v 25 2 2" (1)	"v 25 2 3" (1)	"v 25 2 4" (1)	"v 25 2 5" (1)	"v 25 2 6" (1)	"v 25 2 7" (1)	"v 25 2 8" (1)
3. Polio - Hib (Act-Hib polio)	"v 25 3 1" (1)	"v 25 3 2" (1)	"v 25 3 3" (1)	"v 25 3 4" (1)	"v 25 3 5" (1)	"v 25 3 6" (1)	"v 25 3 7" (1)	"v 25 3 8" (1)
4. Hepatitt B (Engerix-B)	"v 25 4 1" (1)	"v 25 4 2" (1)	"v 25 4 3" (1)	"v 25 4 4" (1)	"v 25 4 5" (1)	"v 25 4 6" (1)	"v 25 4 7" (1)	"v 25 4 8" (1)
5. BCG (Tuberkulose)	"v 25 5 1" (1)	"v 25 5 2" (1)	"v 25 5 3" (1)	"v 25 5 4" (1)	"v 25 5 5" (1)	"v 25 5 6" (1)	"v 25 5 7" (1)	"v 25 5 8" (1)
6. Pneumokokk (Prevenar)	"v 25 6 1" (1)	"v 25 6 2" (1)	"v 25 6 3" (1)	"v 25 6 4" (1)	"v 25 6 5" (1)	"v 25 6 6" (1)	"v 25 6 7" (1)	"v 25 6 8" (1)
7. Annen vaksine: "v 25 7 5" (1)	"v 25 7 1" (1)	"v 25 7 2" (1)	"v 25 7 3" (1)	"v 25 7 4" (1)	"v 25 7 5" (1)	"v 25 7 6" (1)	"v 25 7 7" (1)	"v 25 7 8" (1)

26. Ta utgangspunkt i barnets helsekort og fyll inn i skjemaet nedenfor barnets vekt, lengde og hodeomkrets når barnet var omtrent 6 uker, 3 måneder og 6 måneder:

	Dato for undersøkelse			Lengde	Hodeomkrets	Vekt
	dag	måned	år			
Ca. 6 uker	"v 26 1 1"	"v 26 1 1"	"v 26 1 3"	"v 26 1 4"	"v 26 1 5"	"v 26 1 6"
Ca. 3 måneder	"v 26 2 1"	"v 26 2 2"	"v 26 2 3"	"v 26 2 4"	"v 26 2 5"	"v 26 2 6"
5 - 6 måneder	"v 26 3 1"	"v 26 3 2"	"v 26 3 3"	"v 26 3 4"	"v 26 3 5"	"v 26 3 6"

Nå følger spørsmål om sykdom og helseproblemer hos barnet. Først spør vi om mer langvarige plager, og deretter om sykdommer og plager av mer forbigående type.

27. Har eller har barnet hatt noen av følgende helseproblemer. Hvis ja, har helsestasjonen eller andre henvist barnet til videre spesialistundersøkelse? (Kryss av for hver linje.)

	Har barnet (hatt) problemer?		Er barnet henvist til spesialistundersøkelse?		
	Nei	Ja	Nei	Ja, henvist fra helsestasjon	Ja, henvist fra andre
1. Hoftelidelse/hofteluksasjon	"v 27 1 1"	"v 27 1 2"	"v 27 1 1"	"v 27 1 2"	"v 27 1 3"
2. Nedsatt hørsel	"v 27 2 1"	"v 27 2 2"	"v 27 2 1"	"v 27 2 2"	"v 27 2 3"
3. Nedsatt syn	"v 27 3 1"	"v 27 3 2"	"v 27 3 1"	"v 27 3 2"	"v 27 3 3"
4. Forsinket motorisk utvikling (bevegelsesutvikling)	"v 27 4 1"	"v 27 4 2"	"v 27 4 1"	"v 27 4 2"	"v 27 4 3"
5. For liten vektøkning	"v 27 5 1"	"v 27 5 2"	"v 27 5 1"	"v 27 5 2"	"v 27 5 3"
6. For stor vektøkning	"v 27 6 1"	"v 27 6 2"	"v 27 6 1"	"v 27 6 2"	"v 27 6 3"
7. Avvikende hodeomkrets	"v 27 7 1"	"v 27 7 2"	"v 27 7 1"	"v 27 7 2"	"v 27 7 3"
8. Hjertefeil	"v 27 8 1"	"v 27 8 2"	"v 27 8 1"	"v 27 8 2"	"v 27 8 3"
9. Testiklene ikke kommet ned i pungen	"v 27 9 1"	"v 27 9 2"	"v 27 9 1"	"v 27 9 2"	"v 27 9 3"
10. Astma	"v 27 10 1"	"v 27 10 2"	"v 27 10 1"	"v 27 10 2"	"v 27 10 3"
11. Atopisk (barne)eksem	"v 27 11 1"	"v 27 11 2"	"v 27 11 1"	"v 27 11 2"	"v 27 11 3"
12. Elveblest	"v 27 12 1"	"v 27 12 2"	"v 27 12 1"	"v 27 12 2"	"v 27 12 3"
13. Matallergi/intoleranse	"v 27 13 1"	"v 27 13 2"	"v 27 13 1"	"v 27 13 2"	"v 27 13 3"
14. Psykomotorisk forsinkelse (forsinkelse av flere funksjoner)	"v 27 14 1"	"v 27 14 2"	"v 27 14 1"	"v 27 14 2"	"v 27 14 3"
15. (Annen) misdannelse:	"v 27 15 1"	"v 27 15 2"	"v 27 15 1"	"v 27 15 2"	"v 27 15 3"
16. Annet:	"v 27 16 1"	"v 27 16 2"	"v 27 16 1"	"v 27 16 2"	"v 27 16 3"

28. Hvis barnet var henvist til spesialistundersøkelse, hva viste denne undersøkelsen?

"v 28 1 1" den

"v 28 1 2" utredes videre

"v 28 1 3"

"v 28 2" diagnose: _____

29. Er det mistanke om at barnet ditt har et syndrom eller kromosomfeil?

"v 29 1"

"v 29 2" syndrom

"v 29 3" kromosomfeil

"v 29 4 2" navn eller beskriv problemet: _____

30. Har barnet vært behandlet for hoftelidelse (hofteladdysplasi)?

"v 30 1"

"v 30 2" handlet med pute

"v 30 3" handlet med gips

"v 30 4" handlet ned skinner

"v 30 5" måneder

Hvis ja, hvor lenge pågikk behandling

31. Har barnet hatt følgende sykdom/helseproblem? Hvis ja, oppsøkte dere lege eller sykehus for det? (Kryss av for hver linje.)

	Har barnet hatt helseproblemer?		Antall ganger	Oppsøkte dere lege/poliklinikk for dette?		Har barnet vært innlagt på sykehus for dette?	
	Nei	Ja		Nei	Ja	Nei	Ja
1. Forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_31_1 2"	<input type="checkbox"/> "v_31_1" <input type="checkbox"/> "v_31_1 3" <input type="checkbox"/> "v_31_1 4" <input type="checkbox"/> "v_31_1 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Halsbetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_31_2 2"	<input type="checkbox"/> "v_31_2" <input type="checkbox"/> "v_31_2 3" <input type="checkbox"/> "v_31_2 4" <input type="checkbox"/> "v_31_2 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_31_3 2"	<input type="checkbox"/> "v_31_3" <input type="checkbox"/> "v_31_3 3" <input type="checkbox"/> "v_31_3 4" <input type="checkbox"/> "v_31_3 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Falsk krupp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_31_4 2"	<input type="checkbox"/> "v_31_4" <input type="checkbox"/> "v_31_4 3" <input type="checkbox"/> "v_31_4 4" <input type="checkbox"/> "v_31_4 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bronkitt/RS-virus/lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_31_5 2"	<input type="checkbox"/> "v_31_5" <input type="checkbox"/> "v_31_5 3" <input type="checkbox"/> "v_31_5 4" <input type="checkbox"/> "v_31_5 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Omgangsyke/diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_31_6 2"	<input type="checkbox"/> "v_31_6" <input type="checkbox"/> "v_31_6 3" <input type="checkbox"/> "v_31_6 4" <input type="checkbox"/> "v_31_6 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_31_7 2"	<input type="checkbox"/> "v_31_7" <input type="checkbox"/> "v_31_7 3" <input type="checkbox"/> "v_31_7 4" <input type="checkbox"/> "v_31_7 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Øyekatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_31_8 2"	<input type="checkbox"/> "v_31_8" <input type="checkbox"/> "v_31_8 3" <input type="checkbox"/> "v_31_8 4" <input type="checkbox"/> "v_31_8 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Feberkramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_31_9 2"	<input type="checkbox"/> "v_31_9" <input type="checkbox"/> "v_31_9 3" <input type="checkbox"/> "v_31_9 4" <input type="checkbox"/> "v_31_9 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Andre kramper (uten feber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_3110 2"	<input type="checkbox"/> "v_3110" <input type="checkbox"/> "v_3110 3" <input type="checkbox"/> "v_3110 4" <input type="checkbox"/> "v_3110 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kollikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_3111 2"	<input type="checkbox"/> "v_3111" <input type="checkbox"/> "v_3111 3" <input type="checkbox"/> "v_3111 4" <input type="checkbox"/> "v_3111 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bleieutslett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_3112 2"	<input type="checkbox"/> "v_3112" <input type="checkbox"/> "v_3112 3" <input type="checkbox"/> "v_3112 4" <input type="checkbox"/> "v_3112 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Annet, beskriv <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> "v_3113 2"	<input type="checkbox"/> "v_3113" <input type="checkbox"/> "v_3113 3" <input type="checkbox"/> "v_3113 4" <input type="checkbox"/> "v_3113 5"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Har barnet noen gang fått medisiner?
☐ "v_32" (1)

☐ "v_32" (2)

33. Hvis ja, oppgi navn på medisinen(e) og når de(n) ble brukt. (Ta med alle typer medisiner også naturmedisiner, både faste og ikke-faste.)

 Navn på medisinen
 (f.eks. Apocillin, Paracet)


<input type="checkbox"/> "v_33_1 1"	<input type="checkbox"/> "v_33_1 6"
<input type="checkbox"/> "v_33_2 1"	<input type="checkbox"/> "v_33_2 6"
<input type="checkbox"/> "v_33_3 1"	<input type="checkbox"/> "v_33_3 6"
<input type="checkbox"/> "v_33_4 1"	<input type="checkbox"/> "v_33_4 6"

 Hvor gammelt var barnet ved
 medisinbruk?

<1 måned	1-2 måneder	3-4 måneder	5-6 måneder	Antall dager brukt tilsammen
<input type="checkbox"/> "v_33_1 1"	<input type="checkbox"/> "v_33_1 2"	<input type="checkbox"/> "v_33_1 3"	<input type="checkbox"/> "v_33_1 4"	<input type="checkbox"/> "v_33_1 5"
<input type="checkbox"/> "v_33_2 1"	<input type="checkbox"/> "v_33_2 2"	<input type="checkbox"/> "v_33_2 3"	<input type="checkbox"/> "v_33_2 4"	<input type="checkbox"/> "v_33_2 5"
<input type="checkbox"/> "v_33_3 1"	<input type="checkbox"/> "v_33_3 2"	<input type="checkbox"/> "v_33_3 3"	<input type="checkbox"/> "v_33_3 4"	<input type="checkbox"/> "v_33_3 5"
<input type="checkbox"/> "v_33_4 1"	<input type="checkbox"/> "v_33_4 2"	<input type="checkbox"/> "v_33_4 3"	<input type="checkbox"/> "v_33_4 4"	<input type="checkbox"/> "v_33_4 5"



34. Har barnet vært undersøkt eller innlagt på sykehus (etter at dere kom hjem fra sykehuset etter fødselen)?

"v 34 1" (1)

"v 34 2"

"v 34 1" (2) sykehus:

35. Har barnet blitt operert eller har en tilstand som skal opereres?

"v 35 1" (1)

"v 35 2"

"v 35 1" (2):

Utvikling, barnepass og livsstil

36. Her følger noen spørsmål om barnets utvikling. Hvis du ikke har lagt merke til det, bruk litt tid til å se hva barnet faktisk gjør. (Sett et kryss for hvert spørsmål.)



Ja ofte Ja, men sjelden Nei, ikke ennå Vet ikke

1. Når barnet ligger på ryggen, leker hun/han ved å gripe rundt føttene sine? "v 36 1" "v 36 1" "v 36 1" "v 36 1" (4)
2. Når barnet ligger på magen, løfter hun/han overkroppen fra underlaget med strake armer? "v 36 2" "v 36 2" "v 36 2" "v 36 2" (4)
3. Ruller barnet seg over fra rygg til mage? "v 36 3" "v 36 3" "v 36 3" "v 36 3" (4)
4. Når du "prater" med barnet ditt, prøver hun/han å "prate" tilbake til deg? "v 36 4" "v 36 4" "v 36 4" "v 36 4" (4)
5. Babler barnet og lager lyder når hun/han ligger for seg selv? "v 36 5" "v 36 5" "v 36 5" "v 36 5" (4)
6. Kan du høre hvordan barnet har det bare ved å høre på lydene hun/han lager (f.eks. fornøyd, sulten, sint, har smerte)? "v 36 6" "v 36 6" "v 36 6" "v 36 6" (4)
7. Får du et smil fra barnet ditt bare ved at du smiler mot henne/han (uten å røre eller kile barnet og uten at du holder fram en leke)? "v 36 7" "v 36 7" "v 36 7" "v 36 7" (4)
8. Når du roper på barnet ditt, snur hun/han seg mot deg en av de første gangene du sier navnet? "v 36 8" "v 36 8" "v 36 8" "v 36 8" (4)
9. Griper barnet ditt en leke du gir henne/han for så å putte den i munnen, eller holde den? .. "v 36 9" "v 36 9" "v 36 9" "v 36 9" (4)
10. Når barnet sitter på fanget ditt, strekker hun/han seg etter en leke eller annet som ligger på bordet foran dere? "v 36 10" "v 36 10" "v 36 10" "v 36 10" (4)
11. Holder barnet ditt i en leke med begge hendene når hun/han undersøker den? "v 36 11" "v 36 11" "v 36 11" "v 36 11" (4)



37. Hvor passes barnet på dagtid?

"v 37 1"

med mor/far/annet familiemedlem

"v 37 2"

med dagmamma, praktikant

"v 37 3"

dagmamma

"v 37 4"

barnehage

"v 37 5"

hage

38. Hvor mange barn er barnet ditt vanligvis sammen med på dagtid?

"v 38"

barn



39. Deltar barnet i babysvømming?

"v 39 1" (1)

"v 39 1" (2)

Hvis ja, oppgi antall ganger de siste 2 måneder

"v 39 2"

40. Hvor mye er barnet utendørs? (Sett kun ett kryss.)

"v 40" (1)

"v 40" (2) en mindre enn 1 time daglig

"v 40" (3) er daglig

"v 40" (4) 3 timer daglig

41. Bruker barnet narresmokk?

"v 41" (1) eller aldri

"v 41" (2) ir hun/han skal sove

"v 41" (3)

"v 41" (4) arten av tiden

42. Hvor mange timer sover barnet til sammen pr. døgn?

"v 42" (1) enn 8 timer

"v 42" (2) timer

"v 42" (3) timer

"v 42" (4) timer

"v 42" (5) 14 timer



"LNR4"

43. Hvordan er barnet blitt lagt når det skulle sove?
(Sett ett kryss for hver linje.)

	På rygg	På siden	På magen
Rett etter fødselen	<input type="checkbox"/> 43 1 1 <input type="checkbox"/> 43 1 2 <input type="checkbox"/> 43 1 3		
Ved 2 måneders alder	<input type="checkbox"/> 43 2 1 <input type="checkbox"/> 43 2 2 <input type="checkbox"/> 43 2 3		
Ved 4 måneders alder	<input type="checkbox"/> 43 3 1 <input type="checkbox"/> 43 3 2 <input type="checkbox"/> 43 3 3		
Ved 6 måneders alder	<input type="checkbox"/> 43 4 1 <input type="checkbox"/> 43 4 2 <input type="checkbox"/> 43 4 3		

44. Sover barnet (minst halve natten) i samme seng som mor/far? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Nei	Av og til	Ofta
Rett etter fødselen	<input type="checkbox"/> 44 1 1 <input type="checkbox"/> 44 1 2 <input type="checkbox"/> 44 1 3		
Ved 2 måneders alder	<input type="checkbox"/> 44 2 1 <input type="checkbox"/> 44 2 2 <input type="checkbox"/> 44 2 3		
Ved 4 måneders alder	<input type="checkbox"/> 44 3 1 <input type="checkbox"/> 44 3 2 <input type="checkbox"/> 44 3 3		
Ved 6 måneders alder	<input type="checkbox"/> 44 4 1 <input type="checkbox"/> 44 4 2 <input type="checkbox"/> 44 4 3		

45. Kryss av om du er enig eller uenig i følgende påstander om barnets humør og temperament. Tenk på hvordan dere vanligvis har det. (Sett ett kryss for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
1. Barnet sutrer og gråter mye	<input type="checkbox"/> 45 1 1 <input type="checkbox"/> 45 1 2 <input type="checkbox"/> 45 1 3 <input type="checkbox"/> 45 1 4 <input type="checkbox"/> 45 1 5 <input type="checkbox"/> 45 1 6 <input type="checkbox"/> 45 1 7						
2. Barnet er vanligvis lett å roe når hun/han gråter	<input type="checkbox"/> 45 2 1 <input type="checkbox"/> 45 2 2 <input type="checkbox"/> 45 2 3 <input type="checkbox"/> 45 2 4 <input type="checkbox"/> 45 2 5 <input type="checkbox"/> 45 2 6 <input type="checkbox"/> 45 2 7						
3. Det skal lite til før barnet blir oppskaket og begynner å gråte ...	<input type="checkbox"/> 45 3 1 <input type="checkbox"/> 45 3 2 <input type="checkbox"/> 45 3 3 <input type="checkbox"/> 45 3 4 <input type="checkbox"/> 45 3 5 <input type="checkbox"/> 45 3 6 <input type="checkbox"/> 45 3 7						
4. Når barnet gråter, skriker hun/han vanligvis hissig og kraftig ...	<input type="checkbox"/> 45 4 1 <input type="checkbox"/> 45 4 2 <input type="checkbox"/> 45 4 3 <input type="checkbox"/> 45 4 4 <input type="checkbox"/> 45 4 5 <input type="checkbox"/> 45 4 6 <input type="checkbox"/> 45 4 7						
5. Hun/han er grei og lett å ha med å gjøre	<input type="checkbox"/> 45 5 1 <input type="checkbox"/> 45 5 2 <input type="checkbox"/> 45 5 3 <input type="checkbox"/> 45 5 4 <input type="checkbox"/> 45 5 5 <input type="checkbox"/> 45 5 6 <input type="checkbox"/> 45 5 7						
6. Barnet krever svært mye oppmerksomhet	<input type="checkbox"/> 45 6 1 <input type="checkbox"/> 45 6 2 <input type="checkbox"/> 45 6 3 <input type="checkbox"/> 45 6 4 <input type="checkbox"/> 45 6 5 <input type="checkbox"/> 45 6 6 <input type="checkbox"/> 45 6 7						
7. Når barnet overlates til seg selv, leker hun/han vanligvis fint med seg selv	<input type="checkbox"/> 45 7 1 <input type="checkbox"/> 45 7 2 <input type="checkbox"/> 45 7 3 <input type="checkbox"/> 45 7 4 <input type="checkbox"/> 45 7 5 <input type="checkbox"/> 45 7 6 <input type="checkbox"/> 45 7 7						
8. Barnet er såpass krevende at det ville representere et betydelig problem for de fleste foreldre	<input type="checkbox"/> 45 8 1 <input type="checkbox"/> 45 8 2 <input type="checkbox"/> 45 8 3 <input type="checkbox"/> 45 8 4 <input type="checkbox"/> 45 8 5 <input type="checkbox"/> 45 8 6 <input type="checkbox"/> 45 8 7						
9. Barnet smiler og ler ofte	<input type="checkbox"/> 45 9 1 <input type="checkbox"/> 45 9 2 <input type="checkbox"/> 45 9 3 <input type="checkbox"/> 45 9 4 <input type="checkbox"/> 45 9 5 <input type="checkbox"/> 45 9 6 <input type="checkbox"/> 45 9 7						
10. Barnet er lett å legge og sovner fort	<input type="checkbox"/> 45 10 1 <input type="checkbox"/> 45 10 2 <input type="checkbox"/> 45 10 3 <input type="checkbox"/> 45 10 4 <input type="checkbox"/> 45 10 5 <input type="checkbox"/> 45 10 6 <input type="checkbox"/> 45 10 7						

46. Hvor ofte hender det at barnet våkner om natten nå for tiden? (Sett kun ett kryss.)

- ☐ 46 1 1 lere ganger hver natt
☐ 46 1 2 lger hver natt
☐ 46 1 3 anger i uken
☐ 46 1 4 eller aldri

Kommentarer

☐ komm1

Om deg selv



Siste gang du fylte ut spørreskjema var ved ca. 30. svangerskapsuke. Spørsmålene vi stiller nå handler for det meste om tiden etter dette og frem til barnet ditt var 6 måneder.

Helse og medisinbruk

47. Oppsøkte du lege/jordmor/helsesøster for egne helseproblemer den første måneden etter fødselen?

"v 47 1" (1) "v 47 2"
"v 47 1" (2) _____ ganger



50. Utenom opphold i forbindelse med fødselen, har du vært innlagt på sykehus etter at du fylte ut forrige spørreskjema?

"v 50 1" (1) "v 50 2"
"v 50 1" (2) sykehus: _____

48. Hvis ja, hva var årsaken?

"v 48 1" ng nedentil
"v 48 2" snittsår
"v 48 3" atennelse
"v 48 4" rystvorter
"v 48 5" problemer "v 48 6 2"
"v 48 6 1" skriv: _____

51. Har du en kronisk/langvarig sykdom som oppstod etter at du besvarte forrige spørreskjema?

"v 51 1" (1) "v 51 2"
"v 51 1" (2): _____

49. Når du tenker tilbake på tiden etter fødselen, følte du deg deprimeret i den tiden?

"v 49 1" (1) "v 49 2"
"v 49 1" (2) lge: _____ uker



52. Alt i alt, hvordan vil du nå for tiden karakterisere din fysiske helse?

"v 52" (1) god
"v 52" (2)
"v 52" (3)
"v 52" (4) færlig



53. Har du hatt noen av følgende plager/sykdommer siden du besvarte forrige spørreskjema? Hvis ja, bruker du eller har du brukt medisiner mot disse plagene? (Dette gjelder alle typer medikamenter også naturmedisiner, både faste og ikke-faste). (Kryss av for hver linje.)

Sykdom / plage	Har du vært plaget?		Navn på medisiner du brukte	Hvis du har brukt medisiner			
	Nei	Ja, siste del av svangerskapet	Ja, etter fødselen	Siste del av svangerskapet	Etter fødselen		Antall dager brukt tilsammen
					0-3 mndr.	4-6 mndr.	
1. Sukker i urinen	"v 53 1 1"	"v 53 1 2"	"v 53 1 3"	"v 53 1 4"	"v 53 1 5"	"v 53 1 6"	"v 53 1 7"
2. Eggehvite (protein) i urin	"v 53 2 1"	"v 53 2 2"	"v 53 2 3"	"v 53 2 4"	"v 53 2 5"	"v 53 2 6"	"v 53 2 7"
3. Høyt blodtrykk	"v 53 3 1"	"v 53 3 2"	"v 53 3 3"	"v 53 3 4"	"v 53 3 5"	"v 53 3 6"	"v 53 3 7"
4. Hevelse i kroppen (ødem)	"v 53 4 1"	"v 53 4 2"	"v 53 4 3"	"v 53 4 4"	"v 53 4 5"	"v 53 4 6"	"v 53 4 7"
5. Blærekatarr	"v 53 5 1"	"v 53 5 2"	"v 53 5 3"	"v 53 5 4"	"v 53 5 5"	"v 53 5 6"	"v 53 5 7"
6. Treg mage/forstoppelse	"v 53 6 1"	"v 53 6 2"	"v 53 6 3"	"v 53 6 4"	"v 53 6 5"	"v 53 6 6"	"v 53 6 7"
7. Diaré/oppkast	"v 53 7 1"	"v 53 7 2"	"v 53 7 3"	"v 53 7 4"	"v 53 7 5"	"v 53 7 6"	"v 53 7 7"
8. Halsbrann/sure oppstøt	"v 53 8 1"	"v 53 8 2"	"v 53 8 3"	"v 53 8 4"	"v 53 8 5"	"v 53 8 6"	"v 53 8 7"
9. Forkjølelse/influensa . . .	"v 53 9 1"	"v 53 9 2"	"v 53 9 3"	"v 53 9 4"	"v 53 9 5"	"v 53 9 6"	"v 53 9 7"
10. Hals-/bihule-/ørebetennelse	"v 53 10 1"	"v 53 10 2"	"v 53 10 3"	"v 53 10 4"	"v 53 10 5"	"v 53 10 6"	"v 53 10 7"



forts. neste side

"LNR5"



Har du vært plaget?

Hvis du har brukt medisiner

Sykdom / plage	Ja, siste del av svangerskapet		Ja, etter fødselen	Siste del av svangerskapet	Etter fødselen		Antall dager brukt tilsammen
	Nei				0-3 mndr.	4-6 mndr.	
11. Lungebetennelse/bronkitt	"v 531 "	"v 531 "	"v 5311 3"	"v 531 "	"v 5311 "	"v 5311 7"	"v 5311 8"
			"v 5312 4"				"v 5312 8"
12. Astma	"v 531 "	"v 531 "	"v 5312 3"	"v 531 "	"v 5312 "	"v 5312 7"	"v 5312 8"
			"v 5313 4"				"v 5313 8"
13. Høysnue/annen allergi	"v 531 "	"v 531 "	"v 5313 3"	"v 531 "	"v 5313 "	"v 5313 7"	"v 5313 8"
			"v 5314 4"				"v 5314 8"
14. Hodepine/andre smerter	"v 531 "	"v 531 "	"v 5314 3"	"v 531 "	"v 5314 "	"v 5314 7"	"v 5314 8"
			"v 5315 4"				"v 5315 8"
15. Skjedekatarr	"v 531 "	"v 531 "	"v 5315 3"	"v 531 "	"v 5315 "	"v 5315 7"	"v 5315 8"
			"v 5316 4"				"v 5316 8"
16. Psykiske vansker	"v 531 "	"v 531 "	"v 5316 3"	"v 531 "	"v 5316 "	"v 5316 7"	"v 5316 8"
			"v 5317 4"				"v 5317 8"
17. Brystbetennelse	"v 531 "	"v 531 "	"v 5317 3"	"v 531 "	"v 5317 "	"v 5317 7"	"v 5317 8"
			"v 5318 4"				"v 5318 8"
18. Feber	"v 531 "	"v 531 "	"v 5318 3"	"v 531 "	"v 5318 "	"v 5318 7"	"v 5318 8"
19. Annet, beskriv:			"v 5319 4"				"v 5319 8"
"v 5319 9"	"v 531 "	"v 531 "	"v 5319 3"	"v 531 "	"v 5319 "	"v 5319 7"	"v 5319 8"

54. Har du brukt andre medisiner enn nevnt i spørsmål 52? (For eksempel sovemidler, beroligende midler eller smertestillende midler.)

"v 54" (1) "v 54" (2)



55. Hvis ja, oppgi navn på medisinen(e) og når du har tatt dem. (Ta med alle typer medisiner også naturmedisiner, både faste og ikke-faste.)

Navn på medisinen (f.eks. Valium, Rohypnol, Paracet)	Siste del av svangerskapet		0-3 måneder etter fødselen		4-6 måneder etter fødselen	
	Brukt medisin	Antall dager	Brukt medisin	Antall dager	Brukt medisin	Antall dager
"v 55 1 1"		"v 55 1 3"		"v 55 1 5"		"v 55 1 7"
		"v 55 1 2"		"v 55 1 4"		"v 55 1 6"
"v 55 2 1"		"v 55 2 3"		"v 55 2 5"		"v 55 2 7"
		"v 55 2 2"		"v 55 2 4"		"v 55 2 6"
"v 55 3 1"		"v 55 3 3"		"v 55 3 5"		"v 55 3 7"
		"v 55 3 2"		"v 55 3 4"		"v 55 3 6"

56. Bruker du, eller har du brukt, tran, vitaminer eller annet kosttilskudd siden forrige spørreskjema?

"v 56" (1) "v 56" (2)



57. Hvis ja, hvilket preparat, når brukte du det og hvor ofte? (En linje for hvert preparat.)

Navn på preparatet	Når brukte du preparatet			Hvor ofte?	
	Siste del av svangerskapet	0-3 måneder etter fødselen	4-6 måneder etter fødselen	Brukt daglig	Brukt av og til
"v 57 1 1"		"v 57 1 2"	"v 57 1 3"	"v 57 1 4"	"v 57 1 5" "v 57 1 6"
"v 57 2 1"		"v 57 2 2"	"v 57 2 3"	"v 57 2 4"	"v 57 2 5" "v 57 2 6"
"v 57 3 1"		"v 57 3 2"	"v 57 3 3"	"v 57 3 4"	"v 57 3 5" "v 57 3 6"

58. Har du hatt smerter i ryggen eller bekkenet etter at du fylte ut forrige spørreskjema?

"v 58" (1)

"v 58" (2)

59. Hvis ja, sett kryss for hvor du var plaget, når du var plaget og hvor mye.

Hvor satt smertene?	Siste del av svangerskapet		0-3 måneder etter fødselen		4-6 måneder etter fødselen	
	En del plaget	Sterkt plaget	En del plaget	Sterkt plaget	En del plaget	Sterkt plaget
I korsryggen	"v 59 1 1"	"v 59 1 1" (2)	"v 59 1 2"	"v 59 1 2" (2)	"v 59 1 3"	"v 59 1 3" (2)
Over det ene bekkenleddet bak	"v 59 2 1"	"v 59 2 1" (2)	"v 59 2 2"	"v 59 2 2" (2)	"v 59 2 3"	"v 59 2 3" (2)
Over begge bekkenleddene bak	"v 59 3 1"	"v 59 3 1" (2)	"v 59 3 2"	"v 59 3 2" (2)	"v 59 3 3"	"v 59 3 3" (2)
Over halebeinet	"v 59 4 1"	"v 59 4 1" (2)	"v 59 4 2"	"v 59 4 2" (2)	"v 59 4 3"	"v 59 4 3" (2)
I setebailene	"v 59 5 1"	"v 59 5 1" (2)	"v 59 5 2"	"v 59 5 2" (2)	"v 59 5 3"	"v 59 5 3" (2)
Foran i bekkenet	"v 59 6 1"	"v 59 6 1" (2)	"v 59 6 2"	"v 59 6 2" (2)	"v 59 6 3"	"v 59 6 3" (2)
I lysken	"v 59 7 1"	"v 59 7 1" (2)	"v 59 7 2"	"v 59 7 2" (2)	"v 59 7 3"	"v 59 7 3" (2)
Andre ryggsmarter	"v 59 8 1"	"v 59 8 1" (2)	"v 59 8 2"	"v 59 8 2" (2)	"v 59 8 3"	"v 59 8 3" (2)

60. Våkner du om natten på grunn av bekkensmerter nå for tiden?

"v 60" (1)ri

"v 60" (2)jelden gang

"v 60" (3)

61. Har du så store vansker med å gå på grunn av bekkensmerter at du må bruke stokk eller krykker nå for tiden?

"v 61" (1)ri

"v 61" (2)ikke hver dag

"v 61" (3)dag

62. Har du noen gang fått behandling for bekkensmerter?

"v 62" (1)

"v 62" (2)

63. Hvis ja, kryss av for hvilken type behandling og når det var.

	Før dette svangerskapet	I dette svangerskapet	Etter denne fødselen
Fysioterapi	"v 63 1 1"	"v 63 1 2"	"v 63 1 3"
Kiropraktikk	"v 63 2 1"	"v 63 2 2"	"v 63 2 3"
Medikamenter	"v 63 3 1"	"v 63 3 2"	"v 63 3 3"
Annet, beskriv:			
"v 63 4 4"	"v 63 4 1"	"v 63 4 2"	"v 63 4 3"

64. Hvor lang tid tok det før du gjenopptok det seksuelle samlivet etter fødselen?

"v 64 1"

uker

"v 64 2"te hatt samleie

65. Hadde du urinlekkasje siste måned før fødselen?

"v 65" (1)

"v 65" (2)

66. Hadde du urinlekkasje første måned etter fødselen?

"v 66" (1)

"v 66" (2)

67. Hadde du urinlekkasje ca. 3 måneder etter fødselen?

"v 67" (1)

"v 67" (2)

68. Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter eller tunge løft nå for tiden?

"v 68" (1)

"v 68" (2)

69. Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatningstrang nå for tiden?

"v 69" (1)

"v 69" (2)

70. Hvor ofte har du urinlekkasje nå for tiden?

"v 70" (1)

"v 70" (2)ere enn en gang pr. måned.

"v 70" (3)r flere ganger pr. måned

"v 70" (4)r flere ganger pr. uke

"v 70" (5)ag og/eller hver natt

71. Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang nå for tiden?

"v 71" (1) aldri

"v 71" (2) eller lite

"v 71" (3)vetter

"v 71" (4)mengder

72. Hvor mange ganger var du til ultralydundersøkelse i svangerskapet?

"v 72"

ganger

73. Var alt i orden ved ultralydundersøkelsen(e)?

"v 73" (1)

"v 73" (2)

74. Hvis nei, hva var problemet?

"v 74 1 1"kste for lite

"v 74 2 1"om misdannelse, beskriv:

"v 74 2 2"

"v 74 3 2"

"v 74 3 1"skriv:

"LNR6"

75. Hvor mye veide du ved slutten av svangerskapet og hvor mye veler du nå?

Ved slutten av svangerskapet kg

Nå kg

76. Var du helt eller delvis sykemeldt etter svangerskapsuke 30? (Regn ikke med fødselspermisjon)

is sykemeldt
 sykemeldt

77. Hvis du har vært sykemeldt etter svangerskapsuke 30, fyll ut i tabellen nedenfor med en linje for hver sykemelding. Angi årsaken og kryss av i hvilke svangerskapsuker du var sykemeldt. Oppgi hvor mange dager og hvor mange prosent du var sykemeldt hver gang.

Årsak til sykemelding:

Var sykemeldt i svangerskapsuker

30-33	34-37	38+	Antall dager	% sykemeldt
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="10"/>	<input type="text" value="50"/>
<input type="text" value="v 77 1 1"/>	<input type="text" value="v 77 1 2"/>	<input type="text" value="v 77 1 3"/>	<input type="text" value="v 77 1 4"/>	<input type="text" value="v 77 1 5"/>
<input type="text" value="v 77 2 1"/>	<input type="text" value="v 77 2 2"/>	<input type="text" value="v 77 2 3"/>	<input type="text" value="v 77 2 4"/>	<input type="text" value="v 77 2 5"/>
<input type="text" value="v 77 3 1"/>	<input type="text" value="v 77 3 2"/>	<input type="text" value="v 77 3 3"/>	<input type="text" value="v 77 3 4"/>	<input type="text" value="v 77 3 5"/>

Eksempel: bekkenløsning

Økonomi - livsstil

78. Er økonomien slik at du/dere vil ha mulighet til å klare en uforutsett regning på kr. 10.000,- til f. eks. tannlege eller en reparasjon?

81. Hvis ja, hvilke(t) dyr? (Sett eventuelt flere kryss.)

n, kanin, mus, rotte eller lign.
 t, annen fugl

79. Har det i løpet av de siste 6 måneder hendt at du/dere har hatt vansker med å klare løpende utgifter til mat, transport, husleie og lignende?

r
 sjelden gang
 g til

82. Har dere oppvarming med elektriske varmekabler i gulvet i rom hvor barnet oppholder seg? (Ta ikke med vannbåren varme)

80. Er det dyr i barnets hjem?

83. Hvis ja, i hvilke rom? (Sett eventuelt flere kryss.)

n
 om
 m

 rom

84. 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
Magemuskler	<input type="text" value="v 84 1 1"/>	<input type="text" value="v 84 1 2"/>	<input type="text" value="v 84 1 3"/>	<input type="text" value="v 84 1 4"/>
Ryggmuskler	<input type="text" value="v 84 2 1"/>	<input type="text" value="v 84 2 2"/>	<input type="text" value="v 84 2 3"/>	<input type="text" value="v 84 2 4"/>
Bekkenbunnsmuskler (muskler rundt skjede, urinrør, endetarm)	<input type="text" value="v 84 3 1"/>	<input type="text" value="v 84 3 2"/>	<input type="text" value="v 84 3 3"/>	<input type="text" value="v 84 3 4"/>

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

	Aldri	1-3 ganger pr. måned	1 gang pr. uke	2 ganger pr. uke	3 ganger eller mer pr. uke
1 Rolig gange/spasertur	<input type="checkbox"/> 85 1" (1)	<input type="checkbox"/> 85 1" (2)	<input type="checkbox"/> 85 1" (3)	<input type="checkbox"/> 85 1" (4)	<input type="checkbox"/> 85 1" (5)
2 Rask gange/turgang	<input type="checkbox"/> 85 2" (1)	<input type="checkbox"/> 85 2" (2)	<input type="checkbox"/> 85 2" (3)	<input type="checkbox"/> 85 2" (4)	<input type="checkbox"/> 85 2" (5)
3 Løping/jogging/orientering	<input type="checkbox"/> 85 3" (1)	<input type="checkbox"/> 85 3" (2)	<input type="checkbox"/> 85 3" (3)	<input type="checkbox"/> 85 3" (4)	<input type="checkbox"/> 85 3" (5)
4 Sykling	<input type="checkbox"/> 85 4" (1)	<input type="checkbox"/> 85 4" (2)	<input type="checkbox"/> 85 4" (3)	<input type="checkbox"/> 85 4" (4)	<input type="checkbox"/> 85 4" (5)
5 Helsestudio/styrketrening	<input type="checkbox"/> 85 5" (1)	<input type="checkbox"/> 85 5" (2)	<input type="checkbox"/> 85 5" (3)	<input type="checkbox"/> 85 5" (4)	<input type="checkbox"/> 85 5" (5)
6 Spesiell gymnastikk/aerobics for gravide	<input type="checkbox"/> 85 6" (1)	<input type="checkbox"/> 85 6" (2)	<input type="checkbox"/> 85 6" (3)	<input type="checkbox"/> 85 6" (4)	<input type="checkbox"/> 85 6" (5)
7 Aerobics/gymnastikk/dans uten løp og hopp	<input type="checkbox"/> 85 7" (1)	<input type="checkbox"/> 85 7" (2)	<input type="checkbox"/> 85 7" (3)	<input type="checkbox"/> 85 7" (4)	<input type="checkbox"/> 85 7" (5)
8 Aerobics/gymnastikk/dans med løp og hopp	<input type="checkbox"/> 85 8" (1)	<input type="checkbox"/> 85 8" (2)	<input type="checkbox"/> 85 8" (3)	<input type="checkbox"/> 85 8" (4)	<input type="checkbox"/> 85 8" (5)
9 Dansing (swing, rock, folkedans)	<input type="checkbox"/> 85 9" (1)	<input type="checkbox"/> 85 9" (2)	<input type="checkbox"/> 85 9" (3)	<input type="checkbox"/> 85 9" (4)	<input type="checkbox"/> 85 9" (5)
10 Skigåing	<input type="checkbox"/> 85 10" (1)	<input type="checkbox"/> 85 10" (2)	<input type="checkbox"/> 85 10" (3)	<input type="checkbox"/> 85 10" (4)	<input type="checkbox"/> 85 10" (5)
11 Ballspill/nettballspill	<input type="checkbox"/> 85 11" (1)	<input type="checkbox"/> 85 11" (2)	<input type="checkbox"/> 85 11" (3)	<input type="checkbox"/> 85 11" (4)	<input type="checkbox"/> 85 11" (5)
12 Svømming	<input type="checkbox"/> 85 12" (1)	<input type="checkbox"/> 85 12" (2)	<input type="checkbox"/> 85 12" (3)	<input type="checkbox"/> 85 12" (4)	<input type="checkbox"/> 85 12" (5)
13 Ridning	<input type="checkbox"/> 85 13" (1)	<input type="checkbox"/> 85 13" (2)	<input type="checkbox"/> 85 13" (3)	<input type="checkbox"/> 85 13" (4)	<input type="checkbox"/> 85 13" (5)
14 Annet	<input type="checkbox"/> 85 14" (1)	<input type="checkbox"/> 85 14" (2)	<input type="checkbox"/> 85 14" (3)	<input type="checkbox"/> 85 14" (4)	<input type="checkbox"/> 85 14" (5)

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

	I fritiden	På arbeid
Aldri	<input type="checkbox"/> 86 1" (1)	<input type="checkbox"/> 86 2" (1)
Mindre enn en gang pr. uke	<input type="checkbox"/> 86 1" (2)	<input type="checkbox"/> 86 2" (2)
1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/> 86 1" (3)	<input type="checkbox"/> 86 2" (3)
2 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/> 86 1" (4)	<input type="checkbox"/> 86 2" (4)
3-4 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/> 86 1" (5)	<input type="checkbox"/> 86 2" (5)
5 ganger pr. uke eller mer	<input type="checkbox"/> 86 1" (6)	<input type="checkbox"/> 86 2" (6)

87. Hvordan har dine og samboer/ektefelles røykevaner vært de siste 3 måneder i svangerskapet og i tiden etter fødselen?
(Sett kryss for hver periode.)

	Deg selv			Din samboer/ektefelle		
	Siste 3 mndr. i svangerskapet	0-3 mndr. etter fødselen	4-6 mndr. etter fødselen	Siste 3 mndr. i svangerskapet	0-3 mndr. etter fødselen	4-6 mndr. etter fødselen
Røykte ikke	<input type="checkbox"/> 87 1" (1)	<input type="checkbox"/> 87 2" (1)	<input type="checkbox"/> 87 3" (1)	<input type="checkbox"/> 87 4" (1)	<input type="checkbox"/> 87 5" (1)	<input type="checkbox"/> 87 6" (1)
Røykte av og til	<input type="checkbox"/> 87 1" (2)	<input type="checkbox"/> 87 2" (2)	<input type="checkbox"/> 87 3" (2)	<input type="checkbox"/> 87 4" (2)	<input type="checkbox"/> 87 5" (2)	<input type="checkbox"/> 87 6" (2)
Røykte daglig	<input type="checkbox"/> 87 1" (3)	<input type="checkbox"/> 87 2" (3)	<input type="checkbox"/> 87 3" (3)	<input type="checkbox"/> 87 4" (3)	<input type="checkbox"/> 87 5" (3)	<input type="checkbox"/> 87 6" (3)
Hvis daglig, antall sigaretter pr. dag	<input type="checkbox"/> 87 7"	<input type="checkbox"/> 87 8"	<input type="checkbox"/> 87 9"	<input type="checkbox"/> 87 10"	<input type="checkbox"/> 87 11"	<input type="checkbox"/> 87 12"
Hvis av og til, antall sigaretter pr. uke ...	<input type="checkbox"/> 87 13"	<input type="checkbox"/> 87 14"	<input type="checkbox"/> 87 15"	<input type="checkbox"/> 87 16"	<input type="checkbox"/> 87 17"	<input type="checkbox"/> 87 18"

88. Oppholder barnet seg i rom hvor noen røyker?

☐ 88 1" (1)
☐ 88 1" (2) til
☐ 88 1" (3) ganger i uken
☐ 88 1" (4)

Hvis ja, antall timer pr. dag ☐ 88 2"

89. Har du brukt noen av følgende rusmidler i de siste 3 måneder av svangerskapet og etter fødselen?
(Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja, siste 3 måneder i svangerskapet	Ja, etter fødselen
Hasj	<input type="checkbox"/> 89 1 1"	<input type="checkbox"/> 89 1 2"	<input type="checkbox"/> 89 1 3"
Amfetamin	<input type="checkbox"/> 89 2 1"	<input type="checkbox"/> 89 2 2"	<input type="checkbox"/> 89 2 3"
Ecstasy	<input type="checkbox"/> 89 3 1"	<input type="checkbox"/> 89 3 2"	<input type="checkbox"/> 89 3 3"
Kokain	<input type="checkbox"/> 89 4 1"	<input type="checkbox"/> 89 4 2"	<input type="checkbox"/> 89 4 3"
Heroin	<input type="checkbox"/> 89 5 1"	<input type="checkbox"/> 89 5 2"	<input type="checkbox"/> 89 5 3"
Andre, beskriv: <input type="checkbox"/> 89 6 4"	<input type="checkbox"/> 89 6 1"	<input type="checkbox"/> 89 6 2"	<input type="checkbox"/> 89 6 3"

"LNR7"

90. Har du brukt noen av følgende stoffer i de siste 3 måneder av svangerskapet og etter fødselen? (Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja, siste 3 måneder i svangerskapet	Ja, etter fødselen
Anabole steroider	<input type="checkbox"/> "v 90 1 1"	<input type="checkbox"/> "v 90 1 2"	<input type="checkbox"/> "v 90 1 3"
Testosteronpreparater	<input type="checkbox"/> "v 90 2 1"	<input type="checkbox"/> "v 90 2 2"	<input type="checkbox"/> "v 90 2 3"
Veksthormon (eks. Genotropin/Somatropin)	<input type="checkbox"/> "v 90 3 1"	<input type="checkbox"/> "v 90 3 2"	<input type="checkbox"/> "v 90 3 3"

91. Hvor ofte drakk du alkohol i de siste 3 månedene av svangerskapet og hvor ofte drikker du nå? (Kryss av for hver periode.)

	Siste 3 måneder av svangerskapet	Etter fødselen	
		0-3 måneder	4-6 måneder
Omtrent 6-7 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/> "v 91 1" (1)	<input type="checkbox"/> "v 91 2" (1)	<input type="checkbox"/> "v 91 3" (1)
Omtrent 4-5 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/> "v 91 1" (2)	<input type="checkbox"/> "v 91 2" (2)	<input type="checkbox"/> "v 91 3" (2)
Omtrent 2-3 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/> "v 91 1" (3)	<input type="checkbox"/> "v 91 2" (3)	<input type="checkbox"/> "v 91 3" (3)
Omtrent 1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/> "v 91 1" (4)	<input type="checkbox"/> "v 91 2" (4)	<input type="checkbox"/> "v 91 3" (4)
Omtrent 1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/> "v 91 1" (5)	<input type="checkbox"/> "v 91 2" (5)	<input type="checkbox"/> "v 91 3" (5)
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/> "v 91 1" (6)	<input type="checkbox"/> "v 91 2" (6)	<input type="checkbox"/> "v 91 3" (6)
Aldri	<input type="checkbox"/> "v 91 1" (7)	<input type="checkbox"/> "v 91 2" (7)	<input type="checkbox"/> "v 91 3" (7)

Alkoholenheter

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

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 alkoholenhet
1 vinglass rødvin eller hvitvin	= 1 alkoholenhet
1 hetvinglass, sherry eller annen hetvin	= 1 alkoholenhet
1 drammeglass brennevin eller likør	= 1 alkoholenhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 alkoholenhet

92. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol (fyll ut både for de siste 3 månedene av svangerskapet og etterpå)? (Se forklaring ovenfor om alkoholenheter.) (Kryss av for hver periode.)

	Siste 3 måneder av svangerskapet	Etter fødselen	
		0-3 måneder	4-6 måneder
10 eller flere	<input type="checkbox"/> "v 92 1" (1)	<input type="checkbox"/> "v 92 2" (1)	<input type="checkbox"/> "v 92 3" (1)
7-9	<input type="checkbox"/> "v 92 1" (2)	<input type="checkbox"/> "v 92 2" (2)	<input type="checkbox"/> "v 92 3" (2)
5-6	<input type="checkbox"/> "v 92 1" (3)	<input type="checkbox"/> "v 92 2" (3)	<input type="checkbox"/> "v 92 3" (3)
3-4	<input type="checkbox"/> "v 92 1" (4)	<input type="checkbox"/> "v 92 2" (4)	<input type="checkbox"/> "v 92 3" (4)
1-2	<input type="checkbox"/> "v 92 1" (5)	<input type="checkbox"/> "v 92 2" (5)	<input type="checkbox"/> "v 92 3" (5)
Færre enn 1	<input type="checkbox"/> "v 92 1" (6)	<input type="checkbox"/> "v 92 2" (6)	<input type="checkbox"/> "v 92 3" (6)

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

93. Har du samboer/ektefelle/partner?

- ☐ "v 93" (1)
☐ "v 93" (2)

94. Hvis ja, hvor enig er du i disse beskrivelsene? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner.	<input type="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"/>



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

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



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

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	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"/>
Livsbeingelsene 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"/>



97. Har du opplevd noe av det følgende siden forrige spørreskjema? Hvis ja, hvor vondt eller vanskelig var dette for deg? (Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja	Ikke så ille	Hvis ja Vondt/ vanskelig	Hvis ja 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 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 bekymret for om det er noe galt med barnet	<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 ulykke, brann 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"/>
Har du blitt presset til seksuelle handlinger	<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"/>

98. Har du i løpet av den siste uken hatt noen av disse følelsene? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Ja, nesten hele tiden	Ja, av og til	Ikke særlig ofte	Nei, aldri
Bebreidet deg selv uten grunn når noe gikk galt	"v 98 1" (1)	"v 98 1" (2)	"v 98 1" (3)	"v 98 1" (4)
Vært nervøs eller bekymret uten grunn.	"v 98 2" (1)	"v 98 2" (2)	"v 98 2" (3)	"v 98 2" (4)
Vært redd eller fått panikk uten grunn.	"v 98 3" (1)	"v 98 3" (2)	"v 98 3" (3)	"v 98 3" (4)
Vært så ulykkelig at du har hatt vanskeligheter med å sove	"v 98 4" (1)	"v 98 4" (2)	"v 98 4" (3)	"v 98 4" (4)
Følt deg nedfor eller ulykkelig	"v 98 5" (1)	"v 98 5" (2)	"v 98 5" (3)	"v 98 5" (4)
Vært så ulykkelig at du har grått.	"v 98 6" (1)	"v 98 6" (2)	"v 98 6" (3)	"v 98 6" (4)



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

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
Jeg har en positiv holdning til meg selv	"v 99 1" (1)	"v 99 1" (2)	"v 99 1" (3)	"v 99 1" (4)
Jeg føler meg virkelig ubrukkelig til tider	"v 99 2" (1)	"v 99 2" (2)	"v 99 2" (3)	"v 99 2" (4)
Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	"v 99 3" (1)	"v 99 3" (2)	"v 99 3" (3)	"v 99 3" (4)
Jeg føler at jeg er en verdifull person, i alle fall på lik linje med andre ..	"v 99 4" (1)	"v 99 4" (2)	"v 99 4" (3)	"v 99 4" (4)

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

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig	"v100 1" (1)	"v100 1" (2)	"v100 1" (3)	"v100 1" (4)
Nervøsitet, indre uro	"v100 2" (1)	"v100 2" (2)	"v100 2" (3)	"v100 2" (4)
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	"v100 3" (1)	"v100 3" (2)	"v100 3" (3)	"v100 3" (4)
Nedtrykt, tungsindig	"v100 4" (1)	"v100 4" (2)	"v100 4" (3)	"v100 4" (4)
Mye bekymret eller urolig	"v100 5" (1)	"v100 5" (2)	"v100 5" (3)	"v100 5" (4)
Følelse av at alt er et slit	"v100 6" (1)	"v100 6" (2)	"v100 6" (3)	"v100 6" (4)
Føler deg anspent eller oppjaget	"v100 7" (1)	"v100 7" (2)	"v100 7" (3)	"v100 7" (4)
Plutselig frykt uten grunn	"v100 8" (1)	"v100 8" (2)	"v100 8" (3)	"v100 8" (4)



Tusen takk for hjelpen!

Legg det utfylte skjemaet i den frankerte returkonvolutten.

"v_id"

