

# den norske *Mor & barn undersøkelsen*

15/3-03 - +

## Spørreskjema 1

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 ett kryss for det svaret som du mener passer best, slik:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik
- I de store, grønne boksene skriver du tall eller store bokstaver.

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**

Bokstaver: **A B C D**

**5**

- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall bruker du den høyre ruten. Eksempel: 5 skrives slik
- Flere steder i skjemaet ber vi om at du angir svaret i forhold til antall svangerskapsuker. *Eks: Hvis du skal angi noe som skjedde 5 uker etter sist menstruasjon, krysser du av for uke 5.*
- Spesielle opplysninger som f.eks. medikamenter og yrke skriver du fritt inne i boksene eller på de åpne linjene.
- Vennligst skriv tydelig med STORE BOKSTAVER.
- Husk å fylle ut dato for utfylling av skjemaet

Så snart du har fylt ut dette skjemaet, ber vi om at du sender det tilbake til oss  
i den vedlagte, frankerte svarkonvoluten.

+

Oppgi dag, måned og år for utfyllingen av skjemaet

dag      måned      år

(skriv årstall med 4 tall f.eks. 2000)

+

## Menstruasjon

1. Hvor gammel var du da du fikk din første menstruasjon?

år

2. Hvor lang tid går det vanligvis mellom to menstruasjoner, dvs. fra første dag i en menstruasjon til første dag i den neste?

dager

3. Pleier du å være nedtrykt (deprimert) eller irritabel før menstruasjonen?

- Nei                     Ja, merkbart  
 Ja, men ubetydelig     Ja, plagsomt mye

4. Hvis ja, forsvinner denne følelsen etter at menstruasjonen er kommet i gang?

- Nei  
 Ja

5. Hadde du regelmessige menstruasjoner det siste året før du ble gravid?

- Nei  
 Ja

6. Har du i løpet av det siste året før du ble gravid mistet menstruasjonen i mer enn tre måneder?

- Nei  
 Ja, på grunn av tidligere svangerskap  
 Ja, på grunn av andre forhold

7. Oppgi dato for første blødningsdag i din siste menstruasjon.

dag      måned      år

8. Kom din siste menstruasjon til ventet tid?

- Nei  
 Ja

9. Er du sikker eller usikker på dato for første blødningsdag i din siste menstruasjon?

- Sikker  
 Usikker

10. Hvordan var varighet, blødningsmengde og smærter i din siste menstruasjon?

	Som vanlig	Mer enn vanlig	Mindre enn vanlig
Varighet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blødningsmengde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+



## Tidligere svangerskap

**31. Har du vært gravid tidligere? (Dette gjelder også svangerskap som endte med abort eller dødfødsel.)**

- Nei (Gå til spørsmål 36.)  
 Ja

**32. Hvis ja, kryss av for alle tidligere svangerskap. Ta også med svangerskap som endte med abort eller dødfødsel, eller der svangerskapet var utenfor livmoren. Oppgi årstall for svangerskapsstart, hvor mange klo du la på deg i løpet av svangerskapet og antall måneder du ammet hvert barn. Kryss også av om du røykte i tidligere svangerskap.**

Svanger-skaps-nummer	Årstall for svanger-skaps-start	Levende født barn	Spontan-aborter/ dødfødsler	Frem-kalt abort	Svanger-skap utenfor livmoren	Svangerskaps-uke for aborten/ dødfødselen	Antall måneder med amming	Vektøkning i svanger-skapet (i hele kg)	Røykte i svanger-skapet
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>

**33. Har du hatt noen av følgende plager i tidligere svangerskap? (Kryss av for hver linje.)**

- |   |  | Nei                      | Ja                       |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 1 | Bekkenløsning som førte til sykemelding .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Bekkenløsning som gjorde det nødvendig med sengeleie ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Mye plaget av kvalme og oppkast .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 | Svangerskapsforgiftning .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 | Svangerskapsdiabetes .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 | Sukker i urinen .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Mye plaget av ufrivillig urinlekkasje .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**34. Hvis du hadde bekkenløsning i tidligere svangerskap som gjorde det nødvendig med sengeleie eller sykemelding, når begynte plagene?**

+

## måneder etter påbegyndelse

måneder etter fødselen  
har hatt vedvarende plager

## Sykdommer og helseplager i dette svangerskapet

**36. Har du hatt en eller flere blødninger fra skjeden i løpet av dette svangerskapet?**

- Nei
  - Ja

**37. Hvis ja, beskriv den første og den siste blødningen. Angi dato da blødningen startet, hvor mange dager det varte og hvor mye du bledde?**

**Blødningen varte  
i antall dager**

**Kryss av for blødningsmengde  
(sporblødning betyr noen dråper)**

## Første bladning

Spørblæding     Mer enn spørblæding     Klumper

Siste bladning

Sporblødning     Mer enn sporblødning     Klumper

dag måned år

Hvis mer enn to blødningsepisoder angi antall

**38. Har du opplevd noen av følgende sykdommer eller helseplager i dette svangerskapet? Hvis du har brukt medisiner i forbindelse med disse plagene, oppgi navn på medisin, i hvilke svangerskapsuker du brukte medisiner og antall dager du brukte dem. (Dette gjelder alle typer medikamenter, både faste og ikke-faste og naturmedisiner. Ikke før inn vitaminer og kosttilskudd - disse spør vi om senere i skjemaet.)**

Sykdom/helseplage	Sykdommer / helseplager i dette svangerskapet					Bruk av medisiner i dette svangerskap					
	I svangerskapsuker					Navn på medisiner du brukte	I svangerskapsuker				
+	0-4	5-8	9-12	13+	+		0-4	5-8	9-12	13+	Antall dager brukt
1 Bekkenløsning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Magesmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Vondt i ryggen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Nakke-/skuldersmerter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 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"/>	
6 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"/>	
7 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"/>	
8 Skjedekatarr/uvanlig utflokk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 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"/>	
10 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"/>	
11 Diaré/omgangssyke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 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"/>	
13 Søvnproblemer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 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"/>	
15 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"/>	
16 Feber med utslett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 Feber over 38,5oC .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 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"/>	
19 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"/>	
20 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"/>	
21 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"/>	
22 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"/>	
23 Sukker i urin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24 Eggehvitte (protein) i urin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

+

+

+

## Tidligere og nåværende sykdommer og helseplager

39. Kryss av hvis du har eller har hatt noen av følgende sykdommer eller helseplager. Hvis du har brukt tabletter, miksturer, stikkpiller, inhalasjoner, salver osv. i forbindelse med sykdommen eller helseplager, oppgi navnet på medisinen(e) og når du brukte disse.

Sykdommer / helseplager			Bruk av medisiner						
Sykdom / helseplage	+	Før svangerskapet	I svangerskapet	Navn på medisiner	Siste 6 mnd. før svangerskapet	I svangerskapsuke	Antall dager brukt		
						0-4	5-8	9-12	13+
<b>Astma / Allergi / Hud</b>									
1 Astma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Høysnue, pollennallergi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Dyrehårsallergi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Annen allergi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Atopisk eksem ( <i>oftest kalt barneeksem</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Elveblest ( <i>urticaria</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Psoriasis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Annen eksem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Munnsår ( <i>herpes</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Aknə/kviser ( <i>alvorlig</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes / Sukkersyke</b>									
11 Diabetes behandlet med insulin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Diabetes ikke behandlet med insulin ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hjerte / Blod / Stoffskifte / Blodkar</b>									
13 Medfødt hjertefeil .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Annen hjerte-/karsykdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Forhøyet kolesterol .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 For høyt blodtrykk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 For høyt eller for lavt stoffskifte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Anemi/lav blodprosent .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 B-12-/folat/folsyremangel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mage / Tarm</b>									
20 Hepatitt/leverbetennelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Gallestein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Magesår .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Crohns sykdom / Ulcerøs colitt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Cøeliaki .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Annen mage-/tarmplager .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Muskel / Skjelett / Blindevev</b>									
26 Leddgikt ( <i>revmatoid artritt</i> ), Bekhterevs sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sykdommer / helseplager			Bruk av medisiner					
Sykdom / helseplage	Før svanger-skapet	I svanger-skapet	Navn på medisiner	Siste 6 mnd. før svanger-skapet	I svangerskapsuke	Antall dager brukt		
					0-4	5-8	9-12	13+
27 Lupus (SLE) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Isjias .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Fibromyalgi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Underlivet / Urinveler</b>								
30 Betennelse i eggstokker/ledere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 Endometriose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 Nedfall av livmor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 Cyste på eggstokk .....	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 Muskelknuter på livmor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 Celleforandringer på livmorhals .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 Herpes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 Kjønnsvorter/kondylomer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 Gonoré .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Chlamydia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Nyrestein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Nyrebekkenbetennelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Urinveisinfeksjon (blærekatarr) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Urinlekkasje .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Andre sykdommer eller helseplager</b>								
44 Anorexi/bulemi/spiseforstyrrelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Migrene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Annen hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Epilepsi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 Multippel sklerose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Cerebral parese .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 Kreft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 Depresjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 Angst .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 Annen sykdom eller helseplage .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvilken:								

**40. Har du selv en medfødt misdannelse/fosterskade?**

- Nei  
 Ja

41. Hvis ja, hvilken? \_\_\_\_\_

**42. Blør du for tiden fra tannkjøttet når du pusser tennene?**

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

+

**43. Hvis du hadde diabetes/sukkersyke før du ble gravid, hva var måleresultatet for ditt langtids blodsukker (HbA1c) ved siste måling før dette svangerskapet?**

- Mindre enn 7,5  
 7,5 - 12  
 Mer enn 12  
 Vet ikke

+

**Andre medisiner****44. Har du brukt andre medisiner som du ikke har nevnt tidligere? Hvis ja, oppgi navn og når du har tatt disse i tabellen nedenfor.**Navn på medisiner  
(f.eks. Valium, Rohypnol, Paracet)

	Siste 6 mnd. før svanger- skapet	Bruk av medisiner				Antall dager brukt
		0-4	5-8	9-12	13+	
		<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Vitaminer, mineraler og kosttilskudd****45. Bruker du vitaminer, mineraler eller annet kosttilskudd?**

- Nei, (Gå til spørsmål 49.)  
 Ja

+

**46. Hvis ja, vennligst finn frem eske/glass og bruk innholdslisten til å fylle ut tabellen nedenfor.**(F.eks. hvis du har tatt tran hver dag det siste halvåret før svangerskapet, skal du sette ett kryss for hver periode under «Når» (dvs. 7 kryss) og ett kryss for «daglig» under «Hvor ofte»).

	Når har du brukt tilskudd?							I den perioden du brukte tilskudd, omtrent hvor ofte har du brukt dette?
	Siste halvår før svangerskapet			I svangerskapet				
	26-9 uke	8-5 uke	4-0 uke	0-4 uke	5-8 uke	9-12 uke	13+ uke	
1 Folat /folsyre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Vitamin B1 (Thiamin) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Vitamin B2 (Riboflavin) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Vitamin B6 (Pyridoksin) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Vitamin B12 (Cyanokobalamin) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Niacin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Pantotensyre (pantotenat) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8 Biotin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Vitamin C .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Vitamin A .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Vitamin D .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Vitamin E .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 Jern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14 Kalk/kalsium .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15 Jod .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16 Sink .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17 Selen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18 Kobber .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19 Krom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 Magnesium .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21 Tran .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22 Omega-3 fettsyre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

+

+

+

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

F.eks.	<b>V I T A P L E X M E D J E R N</b>	
1		
2		
3		
4		
5		
6		

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

+

- Ja
- Nei
- Vet ikke

## Sivilstand og utdannelse

**49. Hvilken sivilstand har du nå?**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gift    | <input type="checkbox"/> Skilt/separert |
| <input type="checkbox"/> Samboer | <input type="checkbox"/> Enke           |
| <input type="checkbox"/> Enslig  | <input type="checkbox"/> Annet          |

+

**50. Hvilken utdannelse har du og barnets far? (Sett kun ett kryss for den høyeste utdannelsen dere har fullført. Kryss også av for den utdannelsen dere eventuelt holder på med.)**

+

	Deg		Barnets far	
	Fullført	Holder på med	Fullført	Holder på med
1 9-årig grunnskole .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 1-2-årig videregående .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Videregående yrkesfaglig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 3-årig videregående allmennfaglig, gymnas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Distrikthøyskole, universitet inntil 4 år ( <i>cand. mag., sykepleier, lærer, ingeniør</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Universitet, høyskole, mer enn 4 år ( <i>hovedfag, embetseksamene</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Annen utdannelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Arbeid og fritid

**51. Hva var arbeidssituasjonen for deg og barnets far da du ble gravid? (Sett eventuelt flere kryss.)**

	Deg	Barnets far
1 Skoleelever/student .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Hjemmeværende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Yrkespraksis/lærling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Militærtjeneste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Arbeidssøkende/permittert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Attføring/ufør .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ansatt i offentlig virksomhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ansatt i privat virksomhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Selvstendig næringsdrivende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Familiemedlem uten fast lønn i familiebedrift ( <i>f.eks. gårdsbruk, forretning</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

**52. Hadde du en ekstrajobb (lønnet eller ulønnet) da du ble gravid?**  
(f.eks. regnskapsfører, frisør, vokalist i danseband, fritidsleder)

- Nei  
 Ja, beskriv: \_\_\_\_\_

**53. Har du hatt fravær fra ditt vanlige arbeid i til sammen mer enn to uker i løpet av dette svangerskapet?**

- Nei  
 Ja +

**54. Er du fraværende fra ditt vanlige arbeid nå?**

- Nei  
 Ja +

**55. Hvis ja, hva er årsaken til fraværet? (Sett eventuelt flere kryss.)**

- Sykemelding  
 Permisjon  
 Sykt barn  
 Annet \_\_\_\_\_

**56. Antall timer lønnet med arbeid vanligvis pr. uke før du ble gravid og nå? Før svangereskapet:**  ,  timer

**I svangereskapet:**  ,  timer

**Spørsmål om nåværende arbeidssituasjon besvares av alle som har inntektsgivende arbeid, selv om de midlertidig er fraværende fra dette pga. sykdom, permisjon eller lignende.**

**57. Beskriv virksomheten på nåværende arbeidsplass eller tjenestedsted så nøyaktig som mulig. (Skriv f.eks. sykehusavdeling for barn med kreft, karosseriavdeling på verksted for dieselsbiler, gårdsbruk med korn og gris, hjemmearbeid.)**

Deg	Barnets far

**58. Yrke/tittel på dette arbeidsstedet?**  
(Skriv f.eks. avdelingssykepleier, biloppretter, formann, adjunkt, elev, spesialarbeider, renholdsassistent, hjemmevervende.)

**59. Kryss av for følgende spørsmål som gjelder nåværende arbeid. (Sett kun ett kryss for hver linje.)**

+      Ja, daglig mer enn halve arbeidstiden      Ja, daglig mindre enn halve arbeidstiden      Ja, i perioder, men ikke daglig      Sjeldent eller aldri

- Hender det at du har så mye å gjøre at arbeidssituasjonen blir oppjaget og masete? .....   
Må du vri eller bøye deg mange ganger i timen? .....   
Arbeider du med hendene løftet i skulderhøyde eller høyere? .....   
Arbeider du stående eller gående? .....   
Kan du velge å arbeide litt raskere visse dager og litt roligere andre dager? .....   
Er du utsatt for så mye støy eller lyder at du synes det er ubehagelig? .....   
Er du utsatt for så mye støy eller lyder at du må heve stemmen for å snakke med andre, selv på en meters avstand? .....

**60. Hvordan stemmer følgende beskrivelser av din arbeidssituasjon. (Sett kun ett kryss for hver linje.)**

Stemmer	Stemmer ganske bra	Stemmer ikke særlig bra	Stemmer ikke i det hele tatt
---------	--------------------	-------------------------	------------------------------

- Jeg har fysisk tungt arbeid. .....   
Jeg har et stressende eller masete arbeid. .....   
Jeg lærer mye i arbeidet mitt. .....   
Arbeidet innebærer at jeg gjør de samme tingene om og om igjen. .....   
Arbeidet mitt krever stor arbeidsinnsats. .....   
Jeg har muligheten til selv å bestemme hvordan arbeidet skal utføres. .....   
Det er godt samhold på arbeidsplassen. .....   
Jeg trives i arbeidet mitt. .....

**61. Hvilken arbeidstidsordning har du nå? (Sett eventuelt flere kryss.)**

- Fast dagarbeid  
 Fast ettermiddags- eller kveldsarbeid  
 Fast nattarbeid  
 Skiftarbeid eller turnusordning  
 Ingen fast ordning (ekstrahjelp, ekstravakt, vikar o.l.)  
 Annen ordning

+

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

Hjemme	På arbeid
--------	-----------

- Sjeldent eller aldri .....   
Ja, mindre enn 20 ganger ukentlig .....   
Ja, mer enn 20 ganger ukentlig .....   
Ja, 10 til 20 ganger daglig .....   
Ja, mer enn 20 ganger daglig .....

+

**63. Hvor ofte har du arbeidet ved radiosender eller radar etter at du ble gravid?**

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

+

**64. Hvor ofte snakker du i mobiltelefon?**

- Sjeldent/Aldri
- Noen ganger i uken
- Daglig
- I gjennomsnitt til sammen mer enn 1 time daglig

**65. Varer en enkel mobiltelefonsamtale mer enn 15 minutter?**

- Aldri
- Sjeldent
- Ofte

**66. Hvor ofte har du arbeidet ved dataskjerm, laserprinter eller kopieringsmaskin (mindre enn 2 meters avstand) etter at du ble gravid?**

	Dataskjerm	Laserprinter	Kopieringsmaskin
Sjeldent/Aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noen ganger i uken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daglig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**67. Hvor ofte har du arbeidet ved røntgenapparat (mindre enn 2 meters avstand) etter at du ble gravid?**

(Ta ikke med behandling som pasient.)

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

**68. Har du vært i kontakt med noe av følgende i fritid eller arbeid i løpet av det siste halve året? (Kryss av for hver linje.)**

+	Nei	Ja	Hvis ja, antall dager siste 1/2 året (daglig = 180 dager)	Kryss av hvis du har brukt avtrekk eller åndedretnsvern	Kryss av om du har brukt hansker
1 Blydunster, blystøv, blypartikler eller blylegeringer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Krom, arsenikk, kadmium eller sammensetninger av disse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Bensin eller eksos ( <i>gjelder ikke fylling av bensin til egen bil</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Kvikkolv damp, kvikkolv eller arbeid med amalgam-fyllinger ( <i>ta ikke med beh. som pasient</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Desinfeksjonsmidler, midler mot skadedyr .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Plantevernmidler ( <i>ugressmidler, insektmidler, soppmidler</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Oljebasert maling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Vannbasert eller latex maling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Malingtynnere, maling-, lakk- eller limfjerner eller andre løsemidler ( <i>f.eks lynol, white spirit, toluen, karbontetraklorid</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Fargestoffer eller trykksverte i industri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Motorolje, smøreolje eller andre typer olje .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Fotokjemikalier ( <i>fiks eller fremkaller</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Stoffer i forbindelse med sveising .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Stoffer i forbindelse med lodding .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Formalin/formaldehyd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Kjemoterapeutiske stoffer/cellegiftbehandling ( <i>ta ikke med behandling som pasient</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Lystgass eller andre narkosegasser ( <i>ta ikke med behandling som pasient</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Andre stoffer og forhold, beskriv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**69. Hvor ofte har du gått på diskotek etter at du ble gravid?**

- 1-2 ganger i uken
- Sjeldnere
- Aldri

+

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

- Nei
- Ja

+



# Lelevaner

87. Røykte din mor da hun var gravid med deg?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

+

88. Er du utsatt for passiv røyking hjemme?

- Nei
- Ja

89. Hvis ja, hvor mange timer pr. dag?



timer pr. dag

90. Er du utsatt for passiv røyking på arbeid?

- Nei
- Ja

91. Hvis ja, hvor mange timer pr. dag?



timer pr. dag

92. Røykte barnets far før du ble gravid?

- Nei
- Ja

93. Røyker han nå?

- Nei
- Ja

+

94. Har du noen gang røykt?

- Nei
- Ja

95. Røyker du nå (etter at du ble gravid)?

- Nei

- Av og til



Sigareetter pr. uke

- Daglig

Sigareetter pr. dag

96. Røykte du de siste 3 månedene før du ble gravid denne gangen?

- Nei

- Av og til



Sigareetter pr. uke

- Daglig



Sigareetter pr. dag

97. Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig?



år

98. Har du helt sluttet å røyke?

- Nei
- Ja

+

99. Hvis ja, hvor gammel var du da du sluttet?



år

100. Dersom du har sluttet å røyke etter at du ble gravid, i hvilken svangerskapsuke sluttet du å røyke?



svangerskapsuke

101. Hvor lang tid går det fra du står opp om morgen til du røyker din første sigarett?

- 5 minutter
- 6-29 minutter
- 30-60 minutter
- Mer enn en time

102. Røyker du når du er syk?

- Nei
- Ja

103. Røyker du oftere de første timene etter at du har våknet enn du gjør resten av dagen?

- Nei
- Ja

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

	Før svangerskapet	I svangerskapet
Skrå/tyggetobakk/snus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotintyggemium .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotinplaster .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotinhalator .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105. Oppgi drikjemengde (antall kopper/glass) hver dag, både før du ble gravid og nå (1 krus = 2 kopper, 1 liten plastflaske (0,5l) = 4 kopper, 1 stor plastflaske (1,5l) = 12 kopper)

Antall kopper/glass	Før svangerskapet	Nå	Koffein-fritt (kryss av)
---------------------	-------------------	----	--------------------------

1 Filterkaffe .....	<input type="checkbox"/>		
2 Pulverkaffe .....	<input type="checkbox"/>		
3 Kokekaffe .....	<input type="checkbox"/>		
4 Te .....	<input type="checkbox"/>		
5 Urtete .....	<input type="checkbox"/>		
6 Coca Cola, Pepsi e.l. .	<input type="checkbox"/>		
7 Annen brus .....	<input type="checkbox"/>		
8 Coca Cola-/Pepsi-light	<input type="checkbox"/>		
9 Annen light-brus .....	<input type="checkbox"/>		
10 Springvann .....	<input type="checkbox"/>		
11 Flaskevann (Farris, Olden)	<input type="checkbox"/>		

	Før svangerskapet	Nå	Økologisk (kryss av)
12 Saft/juice .....	<input type="checkbox"/>		
13 Saft/juice (light) .....	<input type="checkbox"/>		
14 Søt skummet, lett-hjelmelk	<input type="checkbox"/>		
15 Cultura, alle typer ....	<input type="checkbox"/>		
16 Biola, alle typer .....	<input type="checkbox"/>		
17 Annen surmelk (kefir) .	<input type="checkbox"/>		
18 Annet .....	<input type="checkbox"/>		

+

**106. Har du noen gang brukt noen av de følgende stoffene?**

	Aldri	Tidligere	I siste måned før svangerskapet	I svangerskapet
1 Hasj .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Amfetamin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ecstasy .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Kokain .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Heroin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**107. Har du noen gang drukket alkohol?**

- Nei (gå til spørsmål 117.)  
 Ja

+

**Enheter alkohol**

For å sammenligne ulike typer alkohol spør vi etter det vi kaller alkohol-enheter (= 1,5 cl ren alkohol). En alkoholenhet tilsvarer:

- 1 flaske rusbrus / cider  
 1 glass (1/3 liter) øl  
 1 vinglass rød eller hvitvin  
 1 hetvingsglass, sherry eller annen hetvin  
 1 drammeglass brennevin eller likør

**108. Hvor ofte drakk du alkohol de siste 3 månedene før svangerskapet og hvor ofte drikker du i svangerskapet?**

	Siste 3 måneder før svangerskapet	I svangerskapet
1 Omrent 6-7 ganger pr uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Omrent 4-5 ganger pr uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Omrent 2-3 ganger pr uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Omrent 1 gang pr uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Omrent 1-3 ganger pr måned .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Sjeldnere enn 1 gang pr måned .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**109. Hvilken type alkohol drikker du vanligvis? (Sett eventuelt flere kryss.)**

- 1 Lettøl ..  
 2 Øl ..  
 3 Rødvin ..  
 4 Hvitvin ..  
 5 Rusbrus ..  
 6 Hetvin (sherry, portvin, madeira) ..  
 7 Brennevin (vodka, gin, akevitt, cognac, whisky, likør) ..

+

**110. Har du drukket 5 alkoholenheter eller mer ved minst en anledning de siste 3 månedene før svangerskapet eller i svangerskapet?**

	Siste 3 måneder før svangerskapet	I svangerskapet
1 Flere ganger i uken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 1 gang i uken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 1-3 ganger pr måned .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Mindre enn 1 gang pr. måned .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**111. Hvor mange enheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol?**

	Siste 3 måneder før svangerskapet	I svangerskapet
10 eller flere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1 .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**112. Hvor mange alkoholenheter kan du drikke før du merker det?**
  


enheter

**113. Har andre irritert eller såret deg ved å kritisere hvor mye du drikker?**

- Nei  
 Ja

+

**114. Har du noen ganger følt at du burde redusere alkoholforbruk din?**

- Nei  
 Ja

**115. Har du noen ganger drukket alkohol om morgenen for å roe nervene eller bli kvitt «dagen-derpå-hodepine»?**

- Nei  
 Ja

**116. Har du opplevd følgende problemer i det siste året i forbindelse med egen bruk av alkohol.**

	Aldri	En gang	Fleire ganger
Kranglet eller fått negative følelser overfor en i familien .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig befunnnet deg på et sted og ikke husket hvordan du kom dit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært borte fra arbeid eller skole .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvint eller sluknet helt plutselig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt en trist periode .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vekt og vektkontroll****117. Synes du selv at du var for tykk i tiden like før du ble gravid denne gangen?**

- Ja, en god del  
 Ja, litt  
 Nei

+

**118. Er du engstelig for å legge på deg mer enn nødvendig under dette svangerskapet?**

- Ja, veldig engstelig  
 Nokså engstelig  
 Nei, ikke særlig engstelig

**119. Har det hendt i løpet av de siste to årene at andre bemerket at du var for tynn, mens du selv syntes du var for tykk?**

- Ja, ofte  
 Ja, noen få ganger  
 Nei

**120. Har det hendt at du følte at du mistet kontrollen mens du spiste og ikke klarte å stoppe før du hadde spist altfor mye?**

	Siste 6 måneder før svangerskapet	Nå
Nei .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldent .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, minst en gang i uken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**121. Har du brukt noen av de følgende måtene for å kontrollere vekten?**

	Siste 6 måneder før svangerskapet	Nå
Minst 1 gang i uken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldent/ aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minst 1 gang i uken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldent/ aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Oppkast .....****Avføringsmidler .....****Fastekurer .....****Hard fysisk trening .....**

- Ja, svært viktig  
 Ja, nokså viktig  
 Nei, ikke særlig viktig

+

**122. Er det viktig for synet du har på deg selv, at du holder en bestemt vekt?**

- Ja, svært viktig  
 Ja, nokså viktig  
 Nei, ikke særlig viktig

## Fysisk aktivitet

**123. Hvor ofte er du fysisk aktiv? (Kryss av for hver linje, både før og i dette svangerskap.)**

**124. Hvor ofte gjør du øvelser for disse muskelgruppene? (Kryss av for hver linje både før og i dette svangerskapet.)**

**125. Hvor ofte er du så fysisk aktiv (i fritid eller på arbeid) at du blir andpusten eller svett?**

	Siste 3 måneder før dette svangerskapet		I dette svangerskapet	
	I fritiden	På arbeid	I fritiden	På arbeid
Aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre enn en gang pr. uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang pr. uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ganger pr. uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 ganger pr. uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ganger pr. uke eller mer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

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

**127. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt parforhold? (Besvares bare dersom du er i et parforhold.)**  
*(Sett kun ett kryss for hver linje.)*

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

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

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

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

**130. Føler du deg ofte ensom?**

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

+

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

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervositet, indre uro .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsinndig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye bekymret eller urolig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**132. Har du noen gang som voksen opplevd at noen har gitt deg en øreflik, slått eller sparket deg eller plaget deg fysisk på annen måte? (Sett eventuelt flere kryss.)**

	I dette svangerskap	Siste 6 mnd før svangerskap	Tidligere
Nei .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husker ikke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

**133. Har du noen gang opplevd at du ble presset eller tvunget til seksuell omgang? (Sett eventuelt flere kryss.)**

	+	I dette svangerskap	Siste 6 mnd før svangerskap	Tidligere
Nei, aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, presset .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, utøvd makt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, voldtatt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**135. Har du noen ganger tidligere i livet i en sammenhengende periode på 2 uker eller mer: (Kryss av for hver linje.)**

Nei Ja

Følt deg deprimert, trist, nedfor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt problemer med matlysten eller spist for mye .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Virkelig bebreidet deg selv og følt deg verdiløs .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt problemer med å koncentrere deg eller hatt vanskeligheter for å ta beslutninger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt minst 3 av de problemene som er nevnt ovenfor samtidig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**136. Hvis du har hatt 3 eller flere av disse problemene samtidig,  
hvor mange uker varte den lengste perioden?**

uker

**137. Var det en spesiell grunn til dette?**

- Nei, ingen spesiell grunn
- Ja (f.eks. dødsfall, skilsmisse, abort, ulykke)

- Er det noe du gjerne vil fortelle oss om dette svangerskapet eller tidligere fødsler/svangerskap, som ikke er omhandlet i dette spørreskjemaet, setter vi stor pris på om du noterer det på neste side.

+

+

## Kommentarer

+

+

+

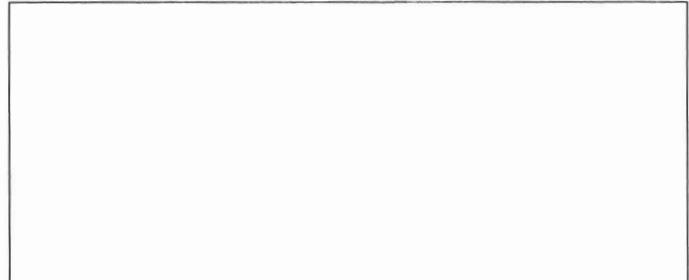
*Har du husket å fylle ut dato for utfylling av skjema på side 1?*

***Tusen takk for hjelpen!***

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

Den norske Mor og Barn undersøkelsen  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Avd. for medisinsk fødselsregister  
Kalfarveien 31  
5018 Bergen

+



+