

den norske *Mor & barn undersøkelsen*

+

Spørreskjema 7, når barnet er ca 7 år

+

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

- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss for det svaret som du mener passer best, slik: ☒
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik: ☐

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2008)

Sykdom og helseplager

1. Har barnet eller har det noen gang hatt noen av følgende langvarige sykdommer eller helseproblemer?

	Ja	Hvis ja, hvor gammelt var barnet ved første tegn på sykdommen.	Hvis barnet er kvitt sykdommen, ved hvilken alder skjedde det?	Ja, har sykdommen fremdeles.	Sett kryss hvis sykdommen er diagnostisert av lege
1 Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Allergi i øyne eller nese/høysnue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Atopisk eksem/barneeksem	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Nedsatt hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Nedsatt syn	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Overvekt	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	+	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>
7 For liten vektøkning	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Reumatoid artritt/leddgikt	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Hjertefeil	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Crohns sykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Ulcerøs collitt	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Kronisk utmattelsessyndrom (ME)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Cøliaki	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Cerebral parese	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Anemi (lav blodprosent)	+	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/>

19 Kreft	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20 Forsinket motorisk utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
21 Forsinket eller avvikende språkutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22 Hyperaktivitet/ADHD	+	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Autistiske trekk/autisme	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24 Asperger syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25 Atferdsproblemer (vanskelig og uregjerlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
26 Emosjonelle vansker/ (trist og engstelig)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27 Allergi/intoleranse mot melk	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28 Allergi/intoleranse mot egg	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29 Allergi/intoleranse mot fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30 Allergi/intoleranse mot andre matvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	år	+	<input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, hvilke?
 Rug ☐ Citrus frukter ☐ Hvete ☐ Soya ☐ Skalldyr ☐ Peanøtter ☐ Nøtter (andre enn peanøtter) ☐ Annet

2. Har barnet brukt medisin, spray, inhalator eller andre medikamenter for astma i løpet av det siste året?
☐ Nei
☐ Ja

3. Hvis ja, navn på medisin barnet bruker fast.....

4. Hvis ja, navn på medisin barnet bruker ved anfall.....

5. Hvis ja, når brukte barnet astmamedisiner sist?
☐ I går ☐ Siste 7 dager ☐ Siste måned ☐ Siste året

6. Har barnet noen gang hatt noen av følgende symptomer eller helseplager? Hvis ja, kryss av for i hvilken alder.
Angi også hvor mange ganger barnet har vært plaget av dette de siste 12 måneder.

+	Hatt symptomer Ja.	Hvis ja, ved hvilken alder			Antall ganger siste 12 mnd?	
		Før 3 år	3-5 år	6-7 år		
1 Piping/hvesing i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
2 Tetthet i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
3 Natlig hoste uten forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
4 Tetthet/ piping i brystet under eller etter fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
5 Rennende nese uten forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
6 Kløe/renning fra øyne uten forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	+
7 Kløende utslett som har kommet og gått i minst 6 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Forts. neste side

8	Magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9	Migrene	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
10	Annen hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	Oppkast/diaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	Feberkramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	Halsbetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	Bronkitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	Lungebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17	Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18	Bruddskader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19	Andre skader	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
20	Hjernehinnebetennelse/meningitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
21	Andre symptomer eller sykdommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beskriv hvilke.....

Levevaner og livsstil

7. Hvor mange dager har barnet vært borte fra skolen eller hatt avbrudd i lek eller fritidsaktivitet på grunn av sykdom?

Antall dager borte fra skolen siste 3 mnd. dager

Antall dager avbrudd i lek/fritidsaktivitet siste 3 mnd. dager

8. Utenom skoletid: Omtrent hvor mange timer per uke driver barnet fysisk aktivitet eller idrett (for eksempel sykling, turn, hopping på trampoline, ski, fotball o.l.)?

	Mindre enn 1 time	1-2 timer	3-4 timer	5-7 timer	8-10 timer	11 timer eller mer
Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

9. Utenom skoletid på en vanlig hverdag: Hvor mange timer per dag er barnet vanligvis utendørs?

Sommer timer

Vinter timer

10. Utenom skoletid på en vanlig hverdag: Hvor mange timer per dag bruker barnet vanligvis på TV, video, elektroniske spill, DVD eller PC?

	Mindre enn 1 time	1-2 timer	3-4 timer	5 timer el mer
Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Har barnet badet i et innendørs svømmebasseng i løpet av de siste 12 måneder?

+

☐ Nei

☐ Ja, av og til

Antall timer per måned

☐ Ja, ukentlig

Antall timer per uke

12. Hvor ofte kommer barnet seg til skolen ved hjelp av

	Aldri	Av og til	Vanligvis	Alltid
Å gå/sykle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli kjørt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med kollektivtransport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Hvor lang avstand er det mellom barnets bolig og skolen?

☐ Mindre enn 1 km ☐ 1-2 km ☐ 3-4 km ☐ Over 4 km

14. Hvor mange timer sover barnet vanligvis i gjennomsnitt per natt på hverdager?

Antall timer +

15. Bor du sammen med barnets far?

- ☐ Nei
☐ Ja

16. Hvis nei, Hvor mye er barnet sammen med henholdsvis mor og far?

	Mor	Far
Mer enn halvparten av tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent halvparten av tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre enn halvparten av tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

17. Hvordan er røykevanene i hjemmet nå for tiden?

	Deg selv	Din samboer/ektefelle
Røyker ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyker av og til	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyker daglig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis daglig, antall sigaretter	<input type="text"/> <input type="text"/> per dag	<input type="text"/> <input type="text"/> per dag
Hvis av og til, antall sigaretter	<input type="text"/> <input type="text"/> per uke	<input type="text"/> <input type="text"/> per uke

18. I løpet av det siste året, har vedfyring blitt brukt til oppvarming i boligen der barnet bor?

- ☐ Nei
☐ Ja

19. Hvis ja, er vedfyring hovedkilden til oppvarming i denne boligen?

- ☐ Nei
☐ Ja

20. Hvis ja, bruker dere en vedovn laget før 1997?

- ☐ Nei
☐ Ja

21. I løpet av det siste året har dere noen gang brukt åpen peis?

- ☐ Nei, aldri
☐ Ja, av og til
☐ Ja, ofte i vinterhalvåret
☐ Ja, daglig i vinterhalvåret

22. Brukte dere vedfyring i barnets hjem i perioden før barnet fylte 3 år?

- ☐ Nei
☐ Ja
- +

23. Er det dyr i barnets hjem?

- ☐ Nei
☐ Ja
- +

24. Hvis ja, hvilke?

- ☐ Hund
☐ Fugl
☐ Katt
☐ Annet
☐ Andre pelsdyr (marsvin, kanin o.l.)

25. Er barnet i kontakt med gårdsdyr minst en gang i løpet av en uke?

- ☐ Nei
☐ Ja

26. Hvis ja, hvilke?

- ☐ Hest
☐ Gris
☐ Høner/fjærkre
☐ Sau/geit
☐ Storfe
☐ Annet

27. Hva er barnets høyde og vekt? Oppgi dato for målingen og kryss av for hvem som målte høyde og vekt.

Høyde m Vekt kg

Dato for måling dag måned år

Målt selv ☐ Målt av lege/helsesøster ☐

28. Hvor gammelt var barnet da hun/han fikk sin første melketann?

Antall måneder ☐ Husker ikke

29. Hvor gammelt var barnet da hun/han felte sin første melketann?

Antall år ☐ Husker ikke ☐ Har ikke felt ennå

30. Hvor ofte børstes barnets tenner (av barnet selv eller andre)?

- ☐ To ganger per dag eller oftere
☐ Av og til
☐ En gang per dag
☐ Aldri

31. Får barnet for tiden hjelp til å pusse tennene?

- ☐ Daglig
☐ Sjelden eller aldri
☐ Flere ganger i uken

32. Har barnet fått fyllinger i noen av tennene sine?

- ☐ Nei
☐ Ja

33. Bruker barnet fluortabletter?

- ☐ Nei
☐ Ja
☐ Av og til

Barnets kosthold

34. Hvor mange skiver brød/knekkebrød spiser barnet ditt vanligvis per dag?

Loff	<input type="text"/> <input type="text"/>	Antall skiver	Lyst og mellomgrovt brød	<input type="text"/> <input type="text"/>	Antall skiver
Grovt brød	<input type="text"/> <input type="text"/>	Antall skiver	Knekkebrød	<input type="text"/> <input type="text"/>	Antall skiver

+

+

+

36. Hvor ofte drikker barnet ditt vanligvis følgende? (Sett ett kryss for hver drikke)

+

37. Hvor ofte spiser barnet ditt vanligvis disse matvarene/rettene? (Sett ett kryss for hver linje.)

+

+

38. Hvor ofte spiser barnet ditt vanligvis følgende? (Sett ett kryss for hver linje.)

[illegible]

39. Hvor ofte spiser barnet ditt vanligvis følgende? (Sett ett kryss for hver linje.)

+

Godteri og snacks	Aldri	1-3 ganger per mnd. eller sjeldnere	1-2 ganger per uke	3-4 ganger per uke	5-6 ganger per uke	1 gang per dag eller oftere
Boller/vafler/kaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is og melkedesserter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjokolade, sukkertøy/smågodt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peanøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potetchips o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

40. Hvor ofte spiser barnet ditt vanligvis følgende måltider sammen med familien? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Aldri	1-3 ganger per mnd. eller sjeldnere	1-2 ganger per uke	3-4 ganger per uke	5-6 ganger per uke	Daglig
Frokost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

41. Tar barnet ditt vanligvis følgende? (Sett ett kryss for hver linje.)

Kosttilskudd	Nei	Ja, av og til	Ja, daglig
Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fiskeoljer/omega-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multivitamintilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, navn på multivitamintilskudd

Annet kosttilskudd ☐ ☐ ☐

Hvis ja, navn på annet kosttilskudd:

Kommentarer

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

Tusen takk for at dere fortsatt vil være med i Den norske mor og barn undersøkelsen!

+

+