

Den norske **mor og barn**-undersøkelsen



+

Når barnet er 7 år

+

Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor er det viktig å bruke blå eller sort kulepenn og skrive tydelig.

- 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

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2010)

Levevaner og livsstil

1. Hva er barnets høyde og vekt nå ved 7-årsalder?

Høyde

cm

Vekt

kg

+

2. Utenom skoletid: Omtrent hvor mange ganger per uke er barnet fysisk aktivt/driver idrett slik at det blir andpusten eller svett? (Ta også med ganger med fysisk aktivitet i SFO.)

ganger per uke

3. Utenom skoletid: Omtrent hvor mange timer per uke er barnet fysisk aktivt/driver idrett (fotball, håndball, ski, turn/dans o.l.)?

(Ta også med timer med fysisk aktivitet i SFO) (Kryss av for både sommer og vinter)

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

4. Utenom skoletid på en vanlig hverdag: Omtrent hvor mange timer per dag er barnet vanligvis utendørs? (Ta med utetid i SFO)

Sommer

timer per dag

+

Vinter

timer per dag

5. Utenom skoletid på en vanlig hverdag: Hvor mange timer per dag bruker barnet vanligvis på TV, video, elektroniske spill, DVD eller PC? (Kryss av for både sommer og vinter)

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

6. Hvor mange dager har barnet vært borte fra skolen de siste tre månedene på grunn av sykdom?

dager

7. Har barnet badet i innendørs svømmebasseng i løpet av de siste 12 månedene?

☐ Nei☐ Av og til

Antall timer per måned

☐ Ukentlig

Antall timer per uke

8. Da barnet var 4-6 år gammelt omtrent hvor ofte var det i et innendørs svømmebasseng?

☐ Aldri/sjelden☐ Av og til

Antall timer per måned

☐ Ukentlig

Antall timer per uke

9. 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"/>
Kollektivtransport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

11. Bor barnets far sammen med deg?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis nei, hvor mye bor barnet sammen med deg?

- ☐ Nesten alltid
☐ Halvparten av tiden eller mer
☐ Mindre enn halvparten av tiden

12. I hvilket år flyttet du til din nåværende adresse?

Årstall

+

13. I hvilken etasje er barnets soverom?

(Skriv 0 for underetasje/kjeller)

--	--

etasje

14. Omtrent hvor mange timer sover barnet vanligvis per natt på hverdager?

- ☐ 8 timer eller mindre
☐ 9 timer
☐ 10 timer
☐ 11 timer
☐ 12 timer eller mer

+

15. Hvor ofte snorker barnet?

- ☐ Aldri
☐ Mindre enn 1 natt i uken
☐ Ca 1 natt i uken
☐ Flere netter i uken
☐ Nesten hver natt

16. Har det vært fuktskader, synlig sopp-/muggvekst eller mugglukt i barnets bolig i løpet av siste året?

- ☐ Nei
☐ Ja, fuktskader i løpet av siste året
☐ Ja, synlig sopp-/muggvekst i løpet av siste året
☐ Ja, mugglukt i løpet av siste året

+

17. Røyker du nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigaretter?

Nei ☐Ja, av og til ☐ sigaretter per uke

--	--

Ja, daglig ☐ sigaretter per dag

--	--

18. Røyker din samboer/ektefelle nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigaretter?

Nei ☐Ja, av og til ☐ sigaretter per uke

--	--

Ja, daglig ☐ sigaretter per dag

--	--

19. Benyttet dere vedfyring (ovn eller peis) i barnets hjem i perioden før barnet fylte 3 år?

- Aldri ☐ Sjelden ☐ Av og til ☐ Ofte ☐

20. I løpet av det siste året benyttet dere noen gang åpen peis?

- Aldri ☐ Sjelden ☐ Av og til ☐ Ofte ☐

+

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

- ☐ Nei ☐ Ja

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

- ☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, bruker dere en vedovn laget før 1997?

- ☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke

22. Omtrent hvor ofte brenner dere stearinlys i hjemmet i vinterhalvåret?

- ☐ Aldri/mindre enn 4 ganger i halvåret
☐ Bare i desember (4 ganger eller mer)
☐ 1-3 ganger i måneden
☐ 1-3 ganger i uken
☐ 4-6 ganger i uken
☐ Daglig/nesten daglig
☐ Flere ganger om dagen de fleste dager

+

23. Er det kjæledyr i barnets hjem?

- ☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, hvilke?

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

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

- ☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, hvilke?

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

Sykdom og helseplager hos barnet

25. Kryss av hvis barnet har, eller har hatt følgende sykdommer eller tilstander:

(Du kan sette flere kryss)

- ☐ Rheumatoid artritt/leddgikt
☐ Kreft
☐ Diabetes
☐ Cerebral Parese
☐ ADHD
☐ Cøliaki
☐ Bruddskader

+

- ☐ Epilepsi
☐ Psykisk utviklingshemmet
☐ Autistiske trekk/autisme
☐ Aspergers syndrom
☐ Kronisk utmattelsessyndrom/ME
☐ Fjernet mandlene

- ☐ Satt inn øredren

- ☐ Andre tilstander, medfødt syndrom. Beskriv:

26. Har barnet eller har det noen gang hatt noen av følgende sykdommer eller helseproblemer? Oppgi barnets alder ved første tegn på sykdommen. Hvis barnet er kvitt sykdommen/helseplagen oppgi hvor gammelt barnet var da dette skjedde.

(Oppgi alder i hele år, skriv 0 år hvis barnet var under ett år)

	Har eller har hatt		Bekreftet av lege	Helseplager startet ved	Symptomer siste året?	Barnet ble kvitt helseplagen ved
+	Nei	Ja	Ja	Alder	Nei Ja	Alder
1 Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
2 Anemi (lav blodprosent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ <input type="text"/> år
3 Forsinket motorisk utvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
4 Forsinket eller avvikende språkutvikling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
5 Atferdsproblemer (vanskelig og uregjerlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
6 Emosjonelle vansker (trist og engstelig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
7 Overvekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
8 Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
9 Pollenallergi/høysnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
10 Allergi mot katt eller hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
11 Atopisk eksem/barneeksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
12 Allergi mot melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
13 Allergi mot egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
14 Allergi mot peanøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
15 Allergi mot andre nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
16 Allergi mot fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+ <input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
17 Allergi mot skalldyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
18 Allergi mot frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
19 Allergi mot andre matvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	+ <input type="text"/> år

↓
Hvis ja, hvilke?

☐ Hvete

☐ Soya

☐ Rug

☐ Annet, hvilke(n): _____

27. I løpet av det siste året, har barnet brukt medisin, spray, inhalator eller andre medikamenter for astma?

☐ Nei ☐ Ja

Hvis ja, Navn på medisin som brukes fast _____

Navn på medisin som brukes ved anfall _____

+





Når brukte barnet astmamedisin sist? ☐ I går ☐ Forrige uke ☐ Forrige måned ☐ Siste året

	Ved hvilken alder?		Antall ganger siste 12 mnd?		
	Nei	Ja	Før 3 år	3 år og eldre	
1 Tetthet/piping/hvesing i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2 Nattdlig hoste uten forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> +
3 Tetthet/piping i brystet under eller etter fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4 Rennende nese uten forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5 Kløe/renning fra øyne uten forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6 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"/>
7 Elveblest/urticaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8 Magesmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> +
9 Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10 Annen hodepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
11 Diaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
12 Halsbrann/sure oppstøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
13 Ørebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
14 Lungebetennelse/bronkitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
15 Urinveisinfeksjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
16 Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> +

29. Tar barnet ditt noe av følgende kosttilskudd? (Sett et kryss for hver linje for både antall ganger og mengde og oppgi merkenavn.)

[illegible]

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

	Loff	Lyst og mellomgrovt brød	Grovt brød	Knekkebrød
Antall skiver:				

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

[illegible]

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

[illegible]

Barnets tannhelse

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

Alder: år ☐ Husker ikke ☐ Har ikke felt ennå

34. Hvor ofte børstes barnets tenner av barnet selv eller andre?

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

35. Er det påvist hull eller begynnende hull i barnets tenner?

☐ Nei ☐ Ja

36. Får barnet hjelp til å pusse tennene?

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

37. Bruker barnet tanntråd (med hjelp)?

☐ En gang per dag ☐ Av og til ☐ Aldri/sjelden

Helseplager hos barnets mor

38. Har du eller har du noen gang hatt noen av følgende sykdommer eller helseplager?

				Bekreftet av lege	Symptomer startet ved	Symptomer siste året?		Brukt medisiner mot dette i løpet av de siste 12 mnd?
+		Ja	Ja	Alder		Nei	Ja	Ja
1	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Pollenallergi/høysnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Tetthet/piping/hvesing i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Har du eller har du noen gang hatt matvareallergi?

☐ Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke

40. Hvis ja, har du eller har du hatt allergi mot følgende matvarer?

		Alder når allergi startet		Spist dette siste året?		Fortsatt allergisk?	
	Ja	før 18 år	18 år og eldre	Nei	Ja	Nei	Ja
1. Allergi mot melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Allergi mot egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Allergi mot peanøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Allergi mot andre nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Allergi mot skaldyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Allergi mot fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Allergi mot frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Allergi mot andre matvarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis ja, hvilke?

☐ Hvete ☐ Soya ☐ Rug ☐ Annet, hvilke(n): _____

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

Har du kommentarer til skjemaet, skriv de gjerne på et eget ark og send inn sammen med skjemaet.

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

+

+