

Den norske mor og barn-undersøkelsen



Når barnet er 7 år



Skjemaset 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="text" value="a 3 1"/> (1)	<input type="text" value="a 3 2"/> (1)
1-2 timer per uke	<input type="text" value="a 3 1"/> (2)	<input type="text" value="a 3 2"/> (2)
3-4 timer per uke	<input type="text" value="a 3 1"/> (3)	<input type="text" value="a 3 2"/> (3)
5-7 timer per uke	<input type="text" value="a 3 1"/> (4)	<input type="text" value="a 3 2"/> (4)
8-10 timer per uke	<input type="text" value="a 3 1"/> (5)	<input type="text" value="a 3 2"/> (5)
11 timer eller mer per uke	<input type="text" value="a 3 1"/> (6)	<input type="text" value="a 3 2"/> (6)

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="text" value="a 5 1"/> (1)	<input type="text" value="a 5 2"/> (1)
1-2 timer per dag	<input type="text" value="a 5 1"/> (2)	<input type="text" value="a 5 2"/> (2)
3-4 timer per dag	<input type="text" value="a 5 1"/> (3)	<input type="text" value="a 5 2"/> (3)
5 timer eller mer per dag	<input type="text" value="a 5 1"/> (4)	<input type="text" value="a 5 2"/> (4)

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?

(1) Antall timer per måned Antall timer per uke

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

(1) en Antall timer per måned 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="text" value="a 9 1"/> (1)	<input type="text" value="a 9 1"/> (2)	<input type="text" value="a 9 1"/> (3)	<input type="text" value="a 9 1"/> (4)
Å bli kjørt	<input type="text" value="a 9 2"/> (1)	<input type="text" value="a 9 2"/> (2)	<input type="text" value="a 9 2"/> (3)	<input type="text" value="a 9 2"/> (4)
Kollektivtransport	<input type="text" value="a 9 3"/> (1)	<input type="text" value="a 9 3"/> (2)	<input type="text" value="a 9 3"/> (3)	<input type="text" value="a 9 3"/> (4)

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

(1) enn 1 km (2) (3) (4) km

11. Bor barnets far sammen med deg?

(1) (2) Hvis nei, hvor mye bor barnet sammen med deg? (1) tid (2) av tiden eller mer (3) n 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)

"q 13" etasje

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

"q 14" (1) eller mindre

"q 14" (2)

"q 14" (3)_r"q 14" (4)_r"q 14" (5)_r eller mer

15. Hvor ofte snorker barnet?

"q 15" (1)

"q 15" (2) enn 1 natt i uken

"q 15" (3)att i uken

"q 15" (4)etter i uken

"q 15" (5) hver natt

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

"q 16" (1)

"q 16" (2) fuktskader i løpet av siste året

"q 16" (3) nlig sopp-/muggvekst i løpet av siste året

"q 16" (4) mugglukt i løpet av siste året



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

Nei

"q 17" (1)

Ja, av og til

"q 17" (1) (2) tter per uke

Ja, daglig

"q 17" (1) (3) tter per dag

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

Nei

"q 18" (1)

Ja, av og til

"q 18" (1) (2) tter per uke

Ja, daglig

"q 18" (1) (3) tter 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

"q 19" (1)

"q 19" (2)

"q 19" (3)

"q 19" (4)

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

Aldri

Sjelden

Av og til

Ofte

"q 20" (1)

"q 20" (2)

"q 20" (3)

"q 20" (4)



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

"q 21" (1) "q 21" (1) (2)

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

"q 21" (2) "q 21" (2) (2)

Hvis ja, bruker dere en vedovn laget før 1997?

"q 21" (3) "q 21" (3) "q 21" (3) (3)

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

"q 22" (1) indre enn 4 ganger i halvåret

"q 22" (2) esember (4 ganger eller mer)

"q 22" (3) iger i måneden

"q 22" (4) iger i uken

"q 22" (5) iger i uken

"q 22" (6) nesten daglig

"q 22" (7) anger om dagen de fleste dager



23. Er det kjæledyr i barnets hjem?

"q 23" (1) "q 23" (1) (2)

Hvis ja, hvilke?

"q 23" (2) "q 23" (2) "q 23" (2) (3) sdyr (marsvin, kanin o.l.)

"q 23" (2) "q 23" (2) (5)

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

"q 24" (1) "q 24" (1) (2)

Hvis ja, hvilke?

"q 24" (2) (1)

"q 24" (2) (2)

"q 24" (2) (3)

"q 24" (2) (4)

"q 24" (2) (5) rkrre

"q 24" (2) (6)

Sykdom og helseplager hos barnet

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

(Du kan sette flere kryss)

"q 25" (1) atoid artritt/leddgikt

"q 25" (8) si

"q 25" (14) n øredren

"q 25" (2)

"q 25" (9) k utviklingshemmet

"q 25" (15) tstander, medfødt syndrom. Beskriv:

"q 25" (3) es

"q 25" (10) ske trekk/autisme

"q 25" (16) (2)

"q 25" (4) al Parese

"q 25" (11) gers syndrom

"q 25" (5)

"q 25" (12) k utmattelsessyndrom/ME

"q 25" (6) i

"q 25" (13) t mandlene

"q 25" (7) skader



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	"q 2" "q 26 1 1" "q 26 1"		"q 26 1 3" år	"q 2" "q 26 1 4" (2)	"q 26 1 5" år
2 Anemi (lav blodprosent)	"q 2" "q 26 2 1" "q 26 2 2"		"q 26 2 3" år	"q 2" "q 26 2 4" (2)	"q 26 2 5" år
3 Forsinket motorisk utvikling	"q 2" "q 26 3 1" "q 26 3 2"		"q 26 3 3" år	"q 2" "q 26 3 4" (2)	"q 26 3 5" år
4 Forsinket eller avvikende språkutvikling	"q 2" "q 26 4 1" "q 26 4 2"		"q 26 4 3" år	"q 2" "q 26 4 4" (2)	"q 26 4 5" år
5 Atferdsproblemer (vanskelig og uregjerlig)	"q 2" "q 26 5 1" "q 26 5 2"		"q 26 5 3" år	"q 2" "q 26 5 4" (2)	"q 26 5 5" år
6 Emosjonelle vansker (trist og engstelig)	"q 2" "q 26 6 1" "q 26 6 2"		"q 26 6 3" år	"q 2" "q 26 6 4" (2)	"q 26 6 5" år
7 Overvekt	"q 2" "q 26 7 1" "q 26 7 2"		"q 26 7 3" år	"q 2" "q 26 7 4" (2)	"q 26 7 5" år
8 Astma	"q 2" "q 26 8 1" "q 26 8 2"		"q 26 8 3" år	"q 2" "q 26 8 4" (2)	"q 26 8 5" år
9 Pollenallergi/høysnue	"q 2" "q 26 9 1" "q 26 9 2"		"q 26 9 3" år	"q 2" "q 26 9 4" (2)	"q 26 9 5" år
10 Allergi mot katt eller hund	"q 2" "q 2610 1" "q 2610 2"		"q 2610 3" år	"q 2" "q 2610 4" (2)	"q 2610 5" år
11 Atopisk eksem/barneeksem	"q 2" "q 2611 1" "q 2611 2"		"q 2611 3" år	"q 2" "q 2611 4" (2)	"q 2611 5" år
12 Allergi mot melk	"q 2" "q 2612 1" "q 2612 2"		"q 2612 3" år	"q 2" "q 2612 4" (2)	"q 2612 5" år
13 Allergi mot egg	"q 2" "q 2613 1" "q 2613 2"		"q 2613 3" år	"q 2" "q 2613 4" (2)	"q 2613 5" år
14 Allergi mot peanøtter	"q 2" "q 2614 1" "q 2614 2"		"q 2614 3" år	"q 2" "q 2614 4" (2)	"q 2614 5" år
15 Allergi mot andre nøtter	"q 2" "q 2615 1" "q 2615 2"		"q 2615 3" år	"q 2" "q 2615 4" (2)	"q 2615 5" år
16 Allergi mot fisk	"q 2" "q 2616 1" "q 2616 2"		"q 2616 3" år	"q 2" "q 2616 4" (2)	"q 2616 5" år
17 Allergi mot skalldyr	"q 2" "q 2617 1" "q 2617 2"		"q 2617 3" år	"q 2" "q 2617 4" (2)	"q 2617 5" år
18 Allergi mot frukt	"q 2" "q 2618 1" "q 2618 2"		"q 2618 3" år	"q 2" "q 2618 4" (2)	"q 2618 5" år
19 Allergi mot andre matvarer	"q 2" "q 2619 1" "q 2619 2"		"q 2619 3" år	"q 2" "q 2619 4" (2)	"q 2619 5" år

Hvis ja, hvilke?

"q 2619 6"

"q 2619 7"

"q 2619 8"

"q 2619 9"

ilke(n):

"q 261910"

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

"q 27 1" "q 27 1" (2)

"q 27 2"

Hvis ja, Navn på medisin som brukes fast

"q 27 3"

Navn på medisin som brukes ved anfall



Når brukte barnet astmamedisin sist?

"q 27 4" "q 27 4" (2)

"q 27 4" (3) måned

"q 27 4" (4)

28. Har barnet noen gang hatt eller har barnet noen av følgende symptomer eller helseplager?

	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="text"/>
2 Nattilig hoste uten forkjølelse	<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="text"/>
4 Rennende nese uten forkjølelse	<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="text"/>
6 Kløende utslett som har kommet og gått i minst 6 måneder	<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="text"/>
8 Magesmerter	<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="text"/>
10 Annen hodepine	<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="text"/>
12 Halsbrann/sure oppstøt	<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="text"/>
14 Lungebetennelse/bronkitt	<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="text"/>
16 Annet, beskriv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Barnets kosthold

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

	Antall ganger per uke					Menge per gang		
	6-7	4-5	1-3	<1	0	1 ts	1bs	1ss
Flytende kosttilskudd								
Tran	"q 29_2_3"					"q 29_1_1"	"q 29_1_2"	"q 29_1_3"
Omega-3, merke	"q 29_2_3"					"q 29_2_1"	"q 29_2_2"	"q 29_2_3"
Sanasol/Biovit	"q 29_4_3"					"q 29_3_1"	"q 29_3_2"	"q 29_3_3"
Annet flytende kosttilskudd, merke	"q 29_4_3"					"q 29_4_1"	"q 29_4_2"	"q 29_4_3"
Kapsler/tabletter								
Omega-3, merke	"q 29_5_3"					"q 29_5_1"	"q 29_5_2"	"q 29_5_3"
Tran	"q 29_7_3"					"q 29_6_1"	"q 29_6_2"	"q 29_6_3"
Multivitaminer, merke	"q 29_7_3"					"q 29_7_1"	"q 29_7_2"	"q 29_7_3"
Fluortabletter	"q 29_9_3"					"q 29_8_1"	"q 29_8_2"	"q 29_8_3"
Annet kosttilskudd, merke	"q 29_9_3"					"q 29_9_1"	"q 29_9_2"	"q 29_9_3"

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

	Loff	Lyst og mellomgrovt brød	Grovt brød	Knekkebrød
Antall skiver:	"q 30 1"	"q 30 2"	"q 30 3"	"q 30 4"

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

	Aldri/ sjelden	1-3 ganger per mnd.	1-2 ganger per uke	3-4 ganger per uke	5-6 ganger per uke	1 gang per dag eller oftere
Gulrot	"q 31 1" (1)	"q 31 1" (2)	"q 31 1" (3)	"q 31 1" (4)	"q 31 1" (5)	"q 31 1" (6)
Kål, blomkål, brokkoli	"q 31 2" (1)	"q 31 2" (2)	"q 31 2" (3)	"q 31 2" (4)	"q 31 2" (5)	"q 31 2" (6)
Salat	"q 31 3" (1)	"q 31 3" (2)	"q 31 3" (3)	"q 31 3" (4)	"q 31 3" (5)	"q 31 3" (6)
Poteter	"q 31 4" (1)	"q 31 4" (2)	"q 31 4" (3)	"q 31 4" (4)	"q 31 4" (5)	"q 31 4" (6)
Andre grønnsaker	"q 31 5" (1)	"q 31 5" (2)	"q 31 5" (3)	"q 31 5" (4)	"q 31 5" (5)	"q 31 5" (6)
Appelsiner, klementiner	"q 31 6" (1)	"q 31 6" (2)	"q 31 6" (3)	"q 31 6" (4)	"q 31 6" (5)	"q 31 6" (6)
Eple, pære, druer	"q 31 7" (1)	"q 31 7" (2)	"q 31 7" (3)	"q 31 7" (4)	"q 31 7" (5)	"q 31 7" (6)
Banan	"q 31 8" (1)	"q 31 8" (2)	"q 31 8" (3)	"q 31 8" (4)	"q 31 8" (5)	"q 31 8" (6)
Annen frisk frukt eller bær	"q 31 9" (1)	"q 31 9" (2)	"q 31 9" (3)	"q 31 9" (4)	"q 31 9" (5)	"q 31 9" (6)
Økologisk dyrket frukt/grønnsaker	"q 3110" (1)	"q 3110" (2)	"q 3110" (3)	"q 3110" (4)	"q 3110" (5)	"q 3110" (6)
Kjøttpålegg, leverpostei, servelat o.l.	"q 3111" (1)	"q 3111" (2)	"q 3111" (3)	"q 3111" (4)	"q 3111" (5)	"q 3111" (6)
Fiskepålegg, inkl. kaviar	"q 3112" (1)	"q 3112" (2)	"q 3112" (3)	"q 3112" (4)	"q 3112" (5)	"q 3112" (6)
Ost (gul/brun), prim	"q 3113" (1)	"q 3113" (2)	"q 3113" (3)	"q 3113" (4)	"q 3113" (5)	"q 3113" (6)
Syltetøy	"q 3114" (1)	"q 3114" (2)	"q 3114" (3)	"q 3114" (4)	"q 3114" (5)	"q 3114" (6)
Sjokolade- og nøttepålegg	"q 3115" (1)	"q 3115" (2)	"q 3115" (3)	"q 3115" (4)	"q 3115" (5)	"q 3115" (6)
Peanøttsmør	"q 3116" (1)	"q 3116" (2)	"q 3116" (3)	"q 3116" (4)	"q 3116" (5)	"q 3116" (6)
Corn Flakes, Honey Corn, Frosties o.l.	"q 3117" (1)	"q 3117" (2)	"q 3117" (3)	"q 3117" (4)	"q 3117" (5)	"q 3117" (6)
Müsli/havregryn	"q 3118" (1)	"q 3118" (2)	"q 3118" (3)	"q 3118" (4)	"q 3118" (5)	"q 3118" (6)
Yoghurt (alle typer)	"q 3119" (1)	"q 3119" (2)	"q 3119" (3)	"q 3119" (4)	"q 3119" (5)	"q 3119" (6)
Egg	"q 3120" (1)	"q 3120" (2)	"q 3120" (3)	"q 3120" (4)	"q 3120" (5)	"q 3120" (6)
Ris, spaghetti, pasta	"q 3121" (1)	"q 3121" (2)	"q 3121" (3)	"q 3121" (4)	"q 3121" (5)	"q 3121" (6)
Fet fisk (laks, makrell, sild)	"q 3122" (1)	"q 3122" (2)	"q 3122" (3)	"q 3122" (4)	"q 3122" (5)	"q 3122" (6)
Annen fisk (torsk, sei o.l.)	"q 3123" (1)	"q 3123" (2)	"q 3123" (3)	"q 3123" (4)	"q 3123" (5)	"q 3123" (6)
Fiskeboller/fiskepudding o.l.	"q 3124" (1)	"q 3124" (2)	"q 3124" (3)	"q 3124" (4)	"q 3124" (5)	"q 3124" (6)
Skalldyr	"q 3125" (1)	"q 3125" (2)	"q 3125" (3)	"q 3125" (4)	"q 3125" (5)	"q 3125" (6)
Rent kjøtt (koteletter, biff o.l.)	"q 3126" (1)	"q 3126" (2)	"q 3126" (3)	"q 3126" (4)	"q 3126" (5)	"q 3126" (6)
Pizza	"q 3127" (1)	"q 3127" (2)	"q 3127" (3)	"q 3127" (4)	"q 3127" (5)	"q 3127" (6)
Ferdigprodukter av kjøtt (Karbonader/pølser/kjøttkaker)	"q 3128" (1)	"q 3128" (2)	"q 3128" (3)	"q 3128" (4)	"q 3128" (5)	"q 3128" (6)
Vegetarretter	"q 3129" (1)	"q 3129" (2)	"q 3129" (3)	"q 3129" (4)	"q 3129" (5)	"q 3129" (6)
Pannekaker	"q 3130" (1)	"q 3130" (2)	"q 3130" (3)	"q 3130" (4)	"q 3130" (5)	"q 3130" (6)
Boller/vafler/kaker	"q 3131" (1)	"q 3131" (2)	"q 3131" (3)	"q 3131" (4)	"q 3131" (5)	"q 3131" (6)
Is og melkedesserte	"q 3132" (1)	"q 3132" (2)	"q 3132" (3)	"q 3132" (4)	"q 3132" (5)	"q 3132" (6)
Sjokolade, sukkertøy/smågodt	"q 3133" (1)	"q 3133" (2)	"q 3133" (3)	"q 3133" (4)	"q 3133" (5)	"q 3133" (6)
Peanøtter	"q 3134" (1)	"q 3134" (2)	"q 3134" (3)	"q 3134" (4)	"q 3134" (5)	"q 3134" (6)
Andre nøtter	"q 3135" (1)	"q 3135" (2)	"q 3135" (3)	"q 3135" (4)	"q 3135" (5)	"q 3135" (6)
Potetchips o.l.	"q 3136" (1)	"q 3136" (2)	"q 3136" (3)	"q 3136" (4)	"q 3136" (5)	"q 3136" (6)

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

	Aldri/ sjelden	1-3 glass per mnd.	1-3 glass per uke	4-6 glass per uke	1-3 glass per dag	4 glass eller mer per dag
Helmelk (søt/sur)	"q 32 1" (1)	"q 32 1" (2)	"q 32 1" (3)	"q 32 1" (4)	"q 32 1" (5)	"q 32 1" (6)
Lett- og skummet melk	"q 32 2" (1)	"q 32 2" (2)	"q 32 2" (3)	"q 32 2" (4)	"q 32 2" (5)	"q 32 2" (6)
Sjokolademelk	"q 32 3" (1)	"q 32 3" (2)	"q 32 3" (3)	"q 32 3" (4)	"q 32 3" (5)	"q 32 3" (6)
Biola/Culturamelk	"q 32 4" (1)	"q 32 4" (2)	"q 32 4" (3)	"q 32 4" (4)	"q 32 4" (5)	"q 32 4" (6)
Appelsinjuice, annen juice	"q 32 5" (1)	"q 32 5" (2)	"q 32 5" (3)	"q 32 5" (4)	"q 32 5" (5)	"q 32 5" (6)
Eplenektar/annen nektar	"q 32 6" (1)	"q 32 6" (2)	"q 32 6" (3)	"q 32 6" (4)	"q 32 6" (5)	"q 32 6" (6)
Saft med sukker	"q 32 7" (1)	"q 32 7" (2)	"q 32 7" (3)	"q 32 7" (4)	"q 32 7" (5)	"q 32 7" (6)
Saft kunstig søtet	"q 32 8" (1)	"q 32 8" (2)	"q 32 8" (3)	"q 32 8" (4)	"q 32 8" (5)	"q 32 8" (6)
Brus med sukker (Cola o.l.)	"q 32 9" (1)	"q 32 9" (2)	"q 32 9" (3)	"q 32 9" (4)	"q 32 9" (5)	"q 32 9" (6)
Lettbrus	"q 3210" (1)	"q 3210" (2)	"q 3210" (3)	"q 3210" (4)	"q 3210" (5)	"q 3210" (6)
Vann	"q 3211" (1)	"q 3211" (2)	"q 3211" (3)	"q 3211" (4)	"q 3211" (5)	"q 3211" (6)

Barnets tannhelse

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

Alder: år år år

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

(1) ger per dag eller oftere (3) til
 (2) g per dag (4) sjelden

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

(1) (2)

36. Får barnet hjelp til å pusse tennene?

(1) ger per dag eller oftere (3) til
 (2) g per dag (4) sjelden

37. Bruker barnet tanntråd (med hjelp)?

(1) g per dag (2) til (3) sjelden

Helseplager hos barnets mor

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

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

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

(1) (2) (3)

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

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

Hvis ja, 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!