

## 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 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
- I de store, grønne boksene skriver du tall eller store blokkbokstaver.

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

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Tall:

A B C

Bokstaver:

- Flere steder i skjemaet ber vi om at du angir svaret i forhold til antall svangerskapsuker. Eksempel: Hvis du skal angi noe som skjedde 5 uker etter siste 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.

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

+

Oppgi datoен for utfylling av skjemaet

<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
dag	måned	år

(skriv årstall med 4 tall f.eks. 1999)

+

## Menstruasjon

1. Oppgi datoen for første blødningsdag i din siste menstruasjon.

<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
dag	måned	år

2. Kom din siste menstruasjon til ventet tid?

- Nei  
 Ja

3. Er du sikker på datoen for første blødningsdag i din siste menstruasjon?

- Sikker  
 Usikker

4. Hvordan var varighet, blødningsmengde og smerter 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"/>

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

- Nei  
 Ja

6. Hvor mange dager går det vanligvis fra første dag i en menstruasjon til første dag i den neste?

<input type="text"/> <input type="text"/>	
dager	

7. Har du i løpet av det siste året før du ble gravid mistet menstruasjonen i mer enn tre måneder, uten å være gravid?

- Nei  
 Ja

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nei                | <input type="checkbox"/> Ja, merkbart     |
| <input type="checkbox"/> Ja, men ubetydelig | <input type="checkbox"/> Ja, plagsomt mye |

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

- Nei  
 Ja

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

<input type="text"/> <input type="text"/>	
år	

# Prevensjon

11. Har du/dere noen gang det siste året brukt følgende metoder for å unngå graviditet? (Du kan sette flere kryss.)

- Kondom
- Pessar
- Kobberspiral
- Hormonspiral
- Hormonsprøyte
- Mini-piller
- P-piller
- Skum, stikkpille, krem
- Sikre perioder
- Avbrutt samleie
- Ingen slike metoder
- Annet \_\_\_\_\_

+

12. Var dette svangerskapet planlagt?

- Nei
- Ja

13. Hvis ja, hvor mange måneder hadde dere regelmessig samleie uten prevensjon før du ble gravid?

- mindre enn 2 måneder
- 2-3 måneder
- 3 måneder eller mer


måneder hvis mer enn 3 måneder

14. Ble du gravid selv om du eller din partner brukte prevensjon?

- Nei
- Ja

+

15. Hvis ja, hvilken type? (Du kan sette flere kryss.)

- Kondom
- Pessar
- Kobberspiral
- Hormonspiral
- Hormonsprøyte
- Mini-piller
- P-piller
- Skum, stikkpille, krem
- Sikre perioder
- Avbrutt samleie
- Annet \_\_\_\_\_

16. Hvis du hadde spiral da du ble gravid, er den fjernet nå?

- Nei
- Ja

17. Hvis du har brukt p-pillér/mini-pillér, hvor lenge har du brukt dem?

- |                       | P-pillér                 | Mini-pillér              |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mindre enn 1 år ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1-3 år .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4-6 år .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7-9 år .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 år eller mer ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Hvis du har brukt p-pillér/mini-pillér, hvor gammel var du da du første gang brukte disse?


år

19. Brukte du p-pillér/mini-pillér de siste 4 månedene før du ble gravid denne gangen?

- Nei
- Ja

+

20. Hvis ja, hvor lang tid før siste menstruasjon sluttet du med p-pillér/mini-pillér?


uker

+

21. Hvor lenge har du og barnets far hatt et seksuelt forhold?


måneder

eller


år

22. Hvor ofte har du hatt samleie i løpet av de siste fire ukene før du ble gravid og i de siste fire ukene nå?

	Før	Nå
Daglig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6 ganger i uken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 ganger i uken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 ganger i uken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 ganger hver 14. dag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingen ganger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Andre opplysninger

23. Hva var blodtrykket ditt ved første svangerskapkontroll?  
(Se i helsekortet ditt.)



Eks.

1	5	0
/		

9	5
/	

24. Hvor mye veide du da du ble gravid, og hvor mye veier du nå?


kg


kg

Da jeg ble gravid:

25. Hvor høy er du?


cm

26. Hvor høy (ca.) er barnets far?


cm

27. Hvor mye (ca.) veier barnets far?


kg

+

28. Når ble dine foreldre født?


Mor: 19


Far: 19

Vet ikke

29. Lever dine foreldre?

	Ja	Nei	Evt. dødsår	Evt. dødsårsak				
Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>					_____
Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>					_____

30. Når ble foreldrene til barnets far født?


Mor: 19


Far: 19

Vet ikke

31. Lever hans foreldre?

	Ja	Nei	Evt. dødsår	Evt. dødsårsak				
Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>					_____
Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>					_____

## Tidligere svangerskap

**32. 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 kilo 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 (antall 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. Kryss av hvis du har hatt noen av følgende plager i tidligere svangerskap. (Du kan sette flere kryss.)**

	Nei	Ja
Bekkenløsning som førte til sykmelding .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekkenløsning som gjorde det nødvendig med sengieleie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye plaget av kvalme og oppkast .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svangerskapsforgiftning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svangerskapsdiabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukker i urinen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mye plaget av ufrivillig urinlekkasje .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

måneder etter påbegynt svangerskap

**35. Når sluttet plagene?**

måneder etter fødselen

har hatt vedvarende plager

**36. Har du vært behandlet for ufrivillig barnløshet?**

- Nei  
 Ja

**37. Hvis ja, var det i forbindelse med dette svangerskapet eller tidligere svangerskap og hva slags behandling var det? (Du kan sette flere kryss.)**

	Tidligere svanger-skap	Dette svanger-skap
Operasjon på eggledere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annен form for operasjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisiner mot endometriose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonbehandling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inseminasjon (innsprøytning av sæd) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prøverørsmetoden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. Hvis du er over 38 år ved beregnet termin, har du fått informasjon om muligheten for å få utført fostervannsprøve?**

- Nei  
 Ja

**39. Hvis ja, har du planlagt å få utført fostervannsprøve?**

- Nei  
 Ja

+

000099

## Tidligere og nåværende sykdommer

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

+

Sykdom/plage	+ Før svanger-skapet	I svanger-skapet	Navn på medisiner	Bruk av medisiner				Siste 6 mnd. før svanger-skapet	Svangerskapsuke 0-4 5-8 9-12 13+	Antall dager brukt	
				0-4	5-8	9-12	13+				
<b>Astma/Allergi/Hud</b>											
Astma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Tetthet/piping i brystet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Høysnue, pollenallergi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dyrehårsallergi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Atopisk eksem (ofte kalt barneeksem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Kontakteksem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Nikkelallergi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Matallergi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Annen allergi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Elveblelest ( <i>urticaria</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Annen eksem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Psoriasis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Munnsår ( <i>herpes</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Akne/kviser (alvorlig) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Diabetes/Sukkersyke</b>											
Diabetes behandlet med insulin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Diabetes ikke behandlet med insulin ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Hjerte/Blod/Stoffskifte/Blodkar</b>											
Medfødt hjertefeil .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Annen hjerte-/karsykdom .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Forhøyet kolesterol .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
For høyt blodtrykk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
For høyt stoffskifte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
For lavt stoffskifte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Anemi/lav blodprosent .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
B-12-/folat/folsyremangel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Lever/Galle</b>											
Hepatitt/leverbetennelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gallestein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Sykdommer/plager			Bruk av medisiner					
Sykdom/plage	Før svangerskapet	I svangerskapet	Navn på medisiner	Siste 6 mnd. før svangerskapet	Svangerskapsuke	Antall dager brukt		
					0-4	5-8	9-12	13+
<b>Mage/Tarm</b>								
Sår i magesekk/-tolvfingertarm . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tykkarmskatarr . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crohns sykdom . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcerøs colitt . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cøeliaki . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Muskel/Skjelett/Bindevev</b>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Leddgikt (revmatoid artritt), Bekhterevs sykdom . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus (SLE) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isjias . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vondt i ryggen/lumbago . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakke-/skuldersmerter . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjøgrens syndrom . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Underlivet/Urinveier</b>								
Betennelse i eggstokker/ledere . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endometriose . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedfall av livmor . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cyste på eggstokk . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelknuter på livmor . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Celleforandringer på livmorhals . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjønnsvorter/kondylomer . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonoré . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydia . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyrestein . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nyrebekkenbetennelse . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinveisinfeksjon (blærekatarr) . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinlekkasje . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Andre lidelser</b>		<input checked="" type="checkbox"/>						
Søvnforstyrrelser . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstrem trethet/trethetssyndrom . . . . .	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

000099

Sykdommer/plager			Bruk av medisiner								
Sykdom/plage	+	Før svanger-skapet   svanger-skapet	Navn på medisiner			Siste 6 mnd. før svanger-skapet	Svangerskapsuke			Antall dager brukt	
							0-4	5-8	9-12	13+	
Migrene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annen hodepine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Multippel sklerose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cerebral parese .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depresjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anorexi/bulemi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annen psykisk lidelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvilken: _____											
Annen langvarig og/eller alvorlig sykdom . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____							<input type="checkbox"/>				
Hvilken: _____											
<b>41. Har du noen gang fått stilt en kreftdiagnose?</b>	<b>44. Har du hatt celleforandringer på livmorhalsen?</b>										
<input type="checkbox"/> Nei (gå til spørsmål 44)	<input type="checkbox"/> Nei (gå til spørsmål 46)										
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja										
<b>42. Hvis ja, hvilken diagnose og når ble den stilt?</b>	<b>45. Hvis ja, hvilket år ble dette påvist første gang, og hvilken behandling har du fått?</b>										
Diagnose: _____	<b>Årstall da det ble påvist.</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
Årstall da diagnosen ble stilt. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											
<b>43. Hva slags kreftbehandling har du fått og når?</b>	<b>46. Hvis du hadde diabetes/sukkersyke før du ble gravid, hva var måleresultatet for ditt langtids blodsukker (HbA1c) ved siste måling før dette svangerskapet?</b>										
Årstall											
<input type="checkbox"/> Operasjon .....	<input type="checkbox"/> Mindre enn 7,5										
<input type="checkbox"/> Cellegiftbehandling .....	<input type="checkbox"/> 7,5 - 12										
<input type="checkbox"/> Strålebehandling .....	<input type="checkbox"/> Mer enn 12										
<input type="checkbox"/> Blodoverføring .....	<input type="checkbox"/> Vet ikke										
<input type="checkbox"/> Laserbehandling .....											
<input type="checkbox"/> Varmebehandling .....											
<input type="checkbox"/> Hyperbar oksygenering .....											
<input type="checkbox"/> Annet .....											
<b>47. Blør du for tiden fra tannkjøttet når du pusser tennene?</b>	<b>48. Har du en medfødt misdannelse/fosterskade?</b>										
<input type="checkbox"/> Nei, sjeldent eller aldri	<input type="checkbox"/> Nei										
<input type="checkbox"/> Ja, av og til	<input type="checkbox"/> Ja										
<input type="checkbox"/> Ja, ofte											
<input type="checkbox"/> Ja, nesten alltid											
<b>49. Hvis ja, hvilken? _____</b>											

50. Dersom du har hatt en eller flere blødninger fra skjeden i dette svangerskapet, beskriv den første og den siste blødningen. Angi dato for blødningens første dag, hvor mange dager den varte og hvor mye du blødde?

+	Date da blødningen startet	Blødningen varte i antall dager	Kryss av for blødningsmengde (sporblødning betyr noen dråper)	+																																
Første blødning	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																	<input type="checkbox"/> Sporblødning <input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning <input type="checkbox"/> Klumper <input type="checkbox"/> Sporblødning <input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning <input type="checkbox"/> Klumper	
Siste blødning	dag	måned	år																																	
Hvis mer enn to blødningsepisoder angi antall				+																																

51. Har du opplevd noen av de følgende plagene 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 kost-tilskudd - disse spør vi om senere i skjemaet.)

Plage	+	Hvis du var plaget				Hvis du brukte medisiner				Antall dager brukt		
		Hvilke svangerskapsuker				Hvilke svangerskapsuker						
		0-4	5-8	9-12	13+			0-4	5-8	9-12	13+	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
Diaré .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diaré 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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
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"/>	
Feber over 38,5°C .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
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"/>	
Bihule-/ørebetonneisse .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
Leddsmarter/muskelsmerter .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
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"/>	
Eggehvit (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"/>	

52. 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  
(feks. Valium, Rohypnot, Paracet)

+

Bruk av medisiner

Siste 6 mndr. før svanger- skapet	I svangerskapsuker				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"/>	

53. Har du de siste 3 månedene hatt vondt i:

	Aldri	Sjeldent	Hver uke	Flere dager pr. uke
Magen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armer/bein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakke/skuldre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Hvis du har hatt vondt, har det forandret seg etter at du ble gravid?

- Nei, det er uforandret fra tiden før svangerskapet.
- Ja, det er blitt verre i svangerskapet.
- Ja, det er blitt bedre i svangerskapet.

+

+

## Vitaminer, mineraler og kost-tilskudd

Hvis du bruker kost-tilskudd kan du finne frem eske/glass og se på innholdslisten.

55. Kryss av i tabellen nedenfor de vitaminer og mineraler som finnes i innholdslisten, og når og hvor ofte du har brukt dem.  
Oppgi produktnavn i spørsmål 56.

+	Når har du brukt tilskudd?								Hvor ofte har du brukt dette?		
	Før siste menstruasjon			Etter siste menstruasjon				Daglig	4-6 ganger pr.uke	1-3 ganger pr.uke	
	9+ uker	8-5 uker	4-0 uker	0-4 uker	5-8 uker	9-12 uker	13+ uker				
Vitamin B2 (Riboflavin) .....	<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"/>	
Vitamin B6 (Pyridoksin) .....	<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"/>	
Vitamin B12 (Cyanokobalamin) .....	<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"/>	
Folat /folsyre/ folacin .....	<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"/>	
Vitamin C .....	<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"/>	
Vitamin A .....	<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"/>	
Vitamin D .....	<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"/>	
Vitamin E .....	<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"/>	
Tran .....	<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"/>	
Jern .....	<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"/>	
Selen .....	<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"/>	
Kalk/kalsium .....	<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"/>	
Fluor .....	<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"/>	

56. Oppgi fullstendig produktnavn på alle de vitaminer eller kost-tilskudd du bruker. Ta også med naturmedisiner og slankepulver.  
(Skriv tydelig med blokkbokstaver da det skal leses maskinelt.)

V I T A P L E X   M E D   J E R N

Eks

1  
2  
3  
4  
5  
6

## Sivilstand og utdannelse

**57. 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          |

**58. Hvilken utdannelse har du og barnets far? (Sett kryss for den høyeste utdannelsen dere har fullført og for den utdannelsen dere eventuelt holder på med.)**

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

## Arbeid og fritid

**59. Hva var arbeidssituasjonen for deg og barnets far da du ble gravid? (Du kan sette flere kryss.)**

	Deg	Barnets far
Skoleelever/student .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmeværende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrkespraksis/lærling .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Militærtjeneste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidssøkende/permittert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Attføring/ufør .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansatt i offentlig virksomhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansatt i privat virksomhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selvstendig næringsdrivende .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiemedlem uten fast lønn i familiebedrift ( <i>f.eks. gårdsbruk, forretning</i> ) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

**61. Har du vært fraværende fra ditt vanlige arbeid i mer enn to uker av dette svangerskapet?**

- Nei  
 Ja

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

- Nei  
 Ja

**63. Hvis ja, hva er årsaken til fraværet?**

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

**64. Antall timer lønnet arbeid vanligvis pr. uke før du ble gravid og nå?**

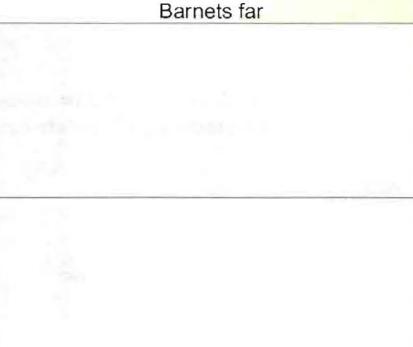
Før:  timer

Nå:  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.**

**65. Beskriv virksomheten på nåværende arbeidsplass eller tjenestedsted så nøyaktig som mulig. (Skriv f.eks. sykehushavdeling for barn med kreft, karosseriavdeling på verksted for dieselmotorer, hjemmearbeidende.)**

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

Deg	Barnets far
	

**67. Kryss av for følgende spørsmål som gjelder nåværende arbeid. (Kryss av for hvert spørsmål.)**

	<b>+ Ja, daglig mer enn halve arbeidstiden</b>	<b>Ja, daglig mindre enn halve arbeidstiden</b>	<b>Ja, i perioder, men ikke daglig</b>	<b>Sjeldent eller aldrig</b>
Hender det at du har så mye å gjøre at arbeidssituasjonen blir oppjaget og masete? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Må du vri eller bøye deg mange ganger i timen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeider du med hendene løftet i skulderhøyde eller høyere? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeider du stående/gående? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan du velge å arbeide litt raskere visse dager og litt roligere andre dager? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du utsatt for så mye støy eller lyder at du synes det er ubehagelig? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er du utsatt for så mye støy eller lyder at du må heve stemmen for å snakke med andre, selv på en meters avstand? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**68. Ta stilling til følgende beskrivelser av din arbeidssituasjon. (Kryss av for hvert utsagn.)**

	<b>Stemmer</b>	<b>Stemmer ganske bra</b>	<b>Stemmer ikke særlig bra</b>	<b>Stemmer ikke i det hele tatt</b>
Jeg har fysisk tungt arbeid. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har et stressende/masete arbeid. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg lærer mye i arbeidet mitt. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet innebærer at jeg gjør de samme tingene om og om igjen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeidet mitt krever stor arbeidsinnsats. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har muligheten til selv å bestemme hvordan arbeidet skal utføres. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er godt samhold på arbeidsplassen. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg trives i arbeidet mitt. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**69. Hvilken arbeidstidsordning har du nå?**

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

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

	<b>Hjemme</b>	<b>På arbeid</b>
Ja, mer enn 20 ganger daglig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, 10 til 20 ganger daglig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mer enn 20 ganger ukentlig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, mindre enn 20 ganger ukentlig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldent eller aldri .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

- Aldri  
 Sjeldent  
 Ofte

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

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

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

(Ta ikke med behandling som pasient.)

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

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

- 1-2 ganger i uken  
 Sjeldnere  
 Aldri

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

- Nei  
 Ja

**78. Hvis ja, hva slags dyr og hvor ofte pr. uke er du i kontakt med dyr?**

	<b>Daglig</b>	<b>3-6 ganger pr. uke</b>	<b>1-2 ganger pr. uke</b>	<b>Sjeld- nere</b>
Hund .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marsvin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hamster .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undulat o.l. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akvariefisk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ku .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gris .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sau, geit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hest .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fjærkre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 79. Har du vært i kontakt med noe av følgende i fritid eller arbeid i løpet av det siste halve året?

	+	Nei	Ja	Hvis ja, antall dager siste 1/2 året (daglig = 180 dager)	Kryss av hvis du har brukt avtrekk eller åndedrettsvern		Kryss av om du har brukt hansker
Blydunster, blystøv, blypartikler eller blylegeringer . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krom, arsenikk, kadmium eller sammensetninger av disse . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
Kvikksølv damp, kvikksølv 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"/>	<input type="checkbox"/>
Desinfeksjonsmidler, midler mot skadedyr . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantevernmidler ( <i>ugressmidler, insektmidler, soppmidler</i> ) . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oljebasert maling . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vannbasert eller latex maling . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malingtynnere, maling-, lakk- eller limfjerner eller andre løsemidler (f.eks <i>lynol, white spirit, toluen, karbontetraklorid</i> ) . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fargestoffer eller trykksverte i industri . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorolje, smøreolje eller andre typer olje . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotokjemikalier ( <i>fiks eller fremkaller</i> ) . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sveisning . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lodding . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formalin/formaldehyd . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjemoterapeutiske stoffer/cellegiftbehandling ( <i>ta ikke med behandling som pasient</i> ) . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lystgass eller andre narkosegasser ( <i>ta ikke med behandling som pasient</i> ) . . . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre stoffer og forhold, beskriv _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bolig og husholdning**

## 80. Hvem deler du husholdning med? (Du kan sette flere kryss.)

- Ektefelle/samboer
- Foreldre
- Svigerforeldre
- Barn
- Ingen
- Andre, beskriv \_\_\_\_\_

81. Hvor mange personer er det i husholdningen.  
(Tell med deg selv.)

Antall personer over 18 år . . . . .


Antall personer 12-18 år . . . . .

Antall personer 6-11 år . . . . .

Antall personer under 6 år . . . . .

## 82. Hvor mange av barna har plass i barnehage?



barn

## 83. Hvilken folkegruppe (etnisk gruppe) regner du at du selv og barnets far tilhører? (Du kan sette flere kryss.)

- |                  |                              |                                      |
|------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Norsk . . . . .  | Deg <input type="checkbox"/> | Barnets far <input type="checkbox"/> |
| Samisk . . . . . | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>             |

## Hvis annen folkegruppe, hvilken?

Deg selv: \_\_\_\_\_

Barnets far: \_\_\_\_\_

+

000099

**84. Hvilken folkegruppe (etnisk gruppe) regner du at dine egne foreldre og foreldrene til barnets far tilhører eller tilhørte?**  
(Du kan sette flere kryss.)

+	Din egen mor	Din egen far	Mor til barnets far	Far til barnets far
Norsk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samisk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvis annen folkegruppe, hvilken?**

Din egen mor: \_\_\_\_\_

Din egen far: \_\_\_\_\_

Mor til barnets far: \_\_\_\_\_

Far til barnets far: \_\_\_\_\_

**85. Hva er brutto årsinntekt (før skatt) for deg og barnets far?**  
(Inkl. barnebidrag, arbeidsledighets-trygd, kontantstøtte, osv.)

Din brutto årsinntekt	Brutto årsinntekt til barnets far
<input type="checkbox"/> Ingen inntekt	<input type="checkbox"/> Ingen inntekt
<input type="checkbox"/> Under 150.000 kr.	<input type="checkbox"/> Under 150.000 kr.
<input type="checkbox"/> 151-200.000 kr.	<input type="checkbox"/> 151-200.000 kr.
<input type="checkbox"/> 201-300.000 kr.	<input type="checkbox"/> 201-300.000 kr.
<input type="checkbox"/> 301-400.000 kr.	<input type="checkbox"/> 301-400.000 kr.
<input type="checkbox"/> 401-500.000 kr.	<input type="checkbox"/> 401-500.000 kr.
<input type="checkbox"/> over 500.000 kr.	<input type="checkbox"/> over 500.000 kr.
	<input type="checkbox"/> Vet ikke

**86. Kan din husholdning klare seg økonomisk uten at du har inntekt?**

- Nei
- Ja, men med problemer
- Ja, uten problemer

+

**87. Hvilken type bolig bor du i?**

- Enebolig
- Gårdsbruk
- Tomannsbolig
- Firemannsbolig
- Rekkehus
- Terrasseleilighet
- Kjellerleilighet/hageleilighet
- Blokk
- Bygård/leiegård. Hvilken etasje?



etg.

**88. Er det kjeller i boligen?**

- Nei
- Ja

**89. Hvor stort boareal har boligen din, og når ble den bygget?**

m<sup>2</sup>      byggeår  Vet ikke

**90. Har det vært fuktskader i boligen din i løpet av de siste 3 måneder?**

- Nei
- Ja

+

**91. Har det vært synlig sopp- eller muggvekst i boligen din i løpet av de siste 3 måneder?**

- Nei
- Ja

**92. Har det vært mugglukt i boligen din i løpet av de siste 3 måneder?**

- Nei
- Ja

**93. Er du nå for tiden utsatt for støy fra gate/vei, og/eller fra tog, fly, bedrifter eller bygge- og anleggsvirksomhet når du oppholder deg inne i boligen eller like utenfor boligen?**

Nei	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**94. Hvis ja, kryss av for hvor plagsom du synes denne støyen er:**

- Mye plagsom
- Noe plagsom
- Lite plagsom
- Ikke plagsom

+

**95. Leier du boligen din?**

- Nei
- Ja

**96. Hva slags drikkevann er det der du bor?**

- Vann fra offentlig eller privat vannverk
- Vann fra egen vannforsyning (f.eks. egen brønn)

**97. Hvor mange ganger har du flyttet i løpet av de siste 3 årene?**

ganger

**98. Har noen du bor sammen med hatt influensa, langvarig hoste, Barnesykdom eller feber med utslett etter at du ble gravid?**

- Nei
- Ja

**99. Hvis ja, kryss av for hvilken sykdom.**

- Røde hunder
- Vannkopper
- Meslinger
- 4. Barnesykdom
- Influensa
- Feber med utslett
- Langvarig hoste
- Tuberkulose
- Munn-hånd- og fot sykdom
- Annet

## Lelevaner

**100. Røykte din mor da hun var gravid med deg?**

- Nei
- Ja
- Vet ikke

**101. Er du utsatt for passiv røyking hjemme?**

- Nei
- Ja

**102. Hvis ja, hvor mange timer pr. dag?**

timer pr. dag

**103. Er du utsatt for passiv røyking på arbeid?**

- Nei
- Ja

**104. Hvis ja, hvor mange timer pr. dag?**

timer pr. dag

**105. Røykte barnets far før du ble gravid?**

- Nei
- Ja

+

**106. Røyker han nå?**

- Nei  
 Ja

**107. Røyker du eller har du noen gang røykt?**

- Aldri (gå til spørsmål 117)  
 Av og til / festrøyking  
 Daglig  
 Sluttet å røyke

+

**108. Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig?**

år

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

- Nei

- Av og til



Sigarett pr. uke

- Daglig



Sigarett pr. dag

+

**110. Røyker du nå (etter at du ble gravid)?**

- Nei

- Av og til



Sigarett pr. uke

- Daglig



Sigarett pr. dag

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

svangerskapsuke

**112. Hva slags sigareller/tobakk brukte du de siste 3 måneder før svangerskapet og i svangerskapet?**

	Før svangerskapet	I svangerskapet	Navn på sigareller/tobakk
Ferdige sigareller			
Vanlig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Light .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Med filter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Uten filter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rulletobakk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Pipetobakk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cigarillos/sigar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Skrå/tyggetobakk/snus ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

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

	Før svangerskapet	I svangerskapet
Nikotintyggemiumi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotinplaster .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotininhalarator .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- 5 minutter  
 6–30 minutter  
 31–60 minutter  
 Mer enn en time

+

**115. Røyker du når du er syk?**

- Nei  
 Ja

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

- Nei  
 Ja

+

**117. 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	Koffein-fritt (kryss av)
Før svangerskapet	
Nå	

Filterkaffe .....	<input type="checkbox"/>
Pulverkaffe .....	<input type="checkbox"/>
Kokekaffe .....	<input type="checkbox"/>
Te .....	<input type="checkbox"/>
Urtete .....	<input type="checkbox"/>
Coca Cola, Pepsi e.l. ....	<input type="checkbox"/>
Annen brus .....	<input type="checkbox"/>
Coca Cola-/Pepsi-light e.l. ....	<input type="checkbox"/>
Annen light-brus .....	<input type="checkbox"/>
Springvann .....	<input type="checkbox"/>
Flaskevann (Farris, Olden e.l.)	<input type="checkbox"/>
Saft/juice .....	<input type="checkbox"/>
Saft/juice (light) .....	<input type="checkbox"/>
Skummet melk .....	<input type="checkbox"/>
Lettmelk .....	<input type="checkbox"/>
Heimelk .....	<input type="checkbox"/>
Annet .....	<input type="checkbox"/>

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

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

**119. Hvor ofte drakk du alkohol før du ble gravid og hvor ofte drikker du i svangerskapet?**

	Siste 3 måneder før svangerskapet	I svangerskapet
Aldri (gå til spørsmål 128) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr måned .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1-3 ganger pr måned .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang pr uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 2-3 ganger pr uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 4-5 ganger pr uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 6-7 ganger pr uke .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

000099

**120. Hvilken type alkohol drikker du vanligvis? (Du kan sette flere kryss.)**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| Lettøl  | <input type="checkbox"/> |
| Øl  | <input type="checkbox"/> |
| Rødvin  | <input type="checkbox"/> |
| Hvitvin   | <input type="checkbox"/> |
| Rusbrus   | <input type="checkbox"/> |
| Hetvin ( <i>sherry, portvin, madeira</i> )                      | <input type="checkbox"/> |
| Brennevin ( <i>vodka, gin, akevitt, cognac, whisky, likør</i> ) | <input type="checkbox"/> |

### **Enheter alkohol**

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

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

121. Hvis du tenker på perioden mens du har vært gravid - også helt tidlig i svangerskapet - har du drukket 5 alkoholenheter eller mer ved minst en anledning?

- Nei   
 Ja ganger  
 Vet ikke

**122. Hvor mange enheter alkohol kan du drikke før du føler deg alkoholpåvirket?**

enheter

**Siste 3 måneder**

Gjett om man ikke  
før svanger-

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

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

- Kranglet eller fått negative følelser overfor en i familien .

Plutselig befunnet deg på et sted og ikke husket hvordan du kom dit .....

Vært borte fra arbeid eller skole .....

Besvint eller sluknet helt plutselig .....

Hatt en trist periode .....

125. Har andre ergret deg ved å kritisere hvor mye du drikker?

- Nein  
 Ja

126. Har du noen ganger følt at du burde drikke mindre?

- Nein  
 Ja

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

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Nei |
| <input type="checkbox"/> | Ja  |

## Fysisk aktivitet

## 128. Hvor ofte driver du fysisk aktivitet?

+

- |   |       |
|---|-------|
| Rolig gange/spasertur                     | ..... |
| Rask gange/turgang                        | ..... |
| Løping/jogging/orientering                | ..... |
| Sykling                                   | ..... |
| Helsestudio/styrketrening                 | ..... |
| Spesiell gymnastikk/aerobics for gravide  | ..... |
| Aerobics/gymnastikk/dans uten løp og hopp | ..... |
| Aeobics/gymnastikk/dans med løp og hopp   | ..... |
| Folkedans/swing                           | ..... |
| Rock/diskodans                            | ..... |
| Skigåing                                  | ..... |
| Ballspill/nettbballspill                  | ..... |
| Svømming                                  | ..... |
| Riding                                    | ..... |
| Annet                                     | ..... |

Siste 3 måneder før dette svangerskapet

I dette svangerskapet

## 129. Hvor mange ganger pr. uke gjør du øvelser for disse muskelgruppene?

	Siste 3 måneder før dette svangerskapet			I dette svangerskapet		
	Aldri	Antall ganger pr. uke	Minutter pr gang	Aldri	Antall ganger pr. uke	Minutter pr gang
Magemusklar .....	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Ryggmusklar .....	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Bekkenbunnsmusklar .....	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

+

+

## Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

## 130. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstandene.

- På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt .....  
 Livsbetingelsene mine er svært gode .....  
 Jeg er fornøyd med livet mitt .....  
 Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet .....  
 Hadde jeg kunnet leve livet på nyt, ville jeg nesten ikke forandret noe .....

Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Enig	Helt enig
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>						

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

- Nei  
 Ja

+

## 132. Hvis ja, hvor mange?



personer

## 133. Hvordan passer denne beskrivelsen:

Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/ samboer/partner.

- Passer helt  
 Passer brukbart  
 Passer delvis  
 Passer heller dårlig  
 Passer slett ikke

## 134. Hvor ofte treffer du eller snakker du i telefonen med familie (utenom husholdningen) eller nære venner i løpet av 2 uker?



ganger

## 135. Føler du deg ofte ensom?

- Nesten aldri  
 Sjeldent  
 Av og til  
 Som regel  
 Nesten alltid

+

## 136. Har du i løpet av de to siste ukene vært plaget med noe av det følgende?

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Redd eller engstelig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet, 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, tungsindig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For mye bekymret eller urolig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

## 137. Har du de siste 12 måneder eller tidligere som voksen opplevd at noen har gitt deg en øreflik, slått eller sparket deg eller plaget deg fysisk på annen måte?

Siste 12 måneder	Tidligere
Nei .....	<input type="checkbox"/>
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Husker ikke .....	<input type="checkbox"/>

## 138. Har du de siste 12 måneder eller tidligere opplevd at du ble presset eller tvunget til seksuell omgang?

(Du kan sette flere kryss.)

Siste 12 måneder	Tidligere
Nei, aldri .....	<input type="checkbox"/>
Ja, presset .....	<input type="checkbox"/>
Ja, utøvd makt .....	<input type="checkbox"/>
Ja, voldtatt .....	<input type="checkbox"/>

## 139. Hva slags oppfatning har du av deg selv?

(Kryss av for hvert alternativ.)

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

**140. Har du noen ganger i en sammenhengende periode på 2 uker eller mer:**

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

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

 uker

+

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

- Nei, ingen spesiell grunn  
 Ja (feks. dødsfall, skilsisse, abort, ulykke)

**Vekt og vektkontroll****143. Synes du selv at du var for tykk i tiden like før du ble gravid denne gangen?**

- Ja, en god del +  
 Ja, litt  
 Nei

**144. Er du engstelig for å legge på deg mer enn nødvendig under nåværende svangerskap?**

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

**145. 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

**146. 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 halvår før dette svangerskapet | Nå                       |                          |
| Ja, minst en gang i uken .....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sjeldent/aldri .....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

	Siste halvår før dette svangerskapet		Nå	
	Minst 1 gang i uken	Sjeldent/aldri	Minst 1 gang i uken	Sjeldent/aldri
Oppkast .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avføringsmidler .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fastekurer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk trening .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

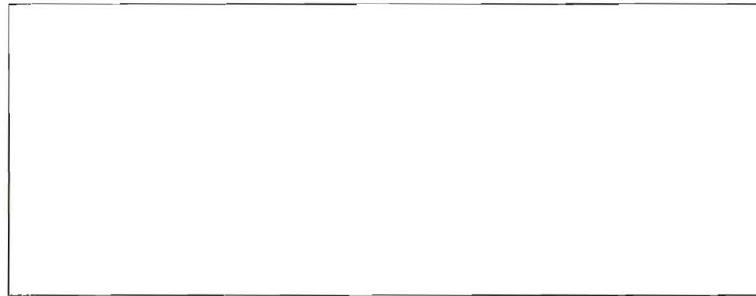
- Ja, svært viktig  
 Ja, nokså viktig  
 Nei, ikke særlig viktig

+

## Tusen takk for hjelpen!

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

**Den norske Mor og Barn undersøkelsen  
Medisinsk fødselsregister  
Armauer Hansens Hus  
5839 Bergen**



+

+