

+

## Spørreskjema 1

+

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

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du *ett kryss* for det svaret som du mener passer best, slik: ☒
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik: ☐
- I de store, grønne boksene skriver du *tall* eller *store bokstaver*.

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

Tall: 

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Bokstaver: 

A	B	C	D
---	---	---	---

- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall bruker du den høyre ruten. Eksempel: 5 skrives slik 

	5
--	---
- 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.*
- Husk å fylle ut dato for utfylling av skjemaet

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

+

Oppgi dag, måned og år for utfyllingen av skjemaet

--	--

dag

--	--

måned

--	--	--	--

år

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

+

## Menstruasjon

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

--	--

 år

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

--	--

 dager

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

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

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

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

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

**7. Oppgi datoen for første blødningsdag i din siste menstruasjon.**

--	--

--	--

--	--	--	--

dag

måned

år

**8. Kom din siste menstruasjon til ventet tid?**

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

- ☐ Sikker  
☐ Usikker

**10. 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"/>

+

# Prevensjon og graviditet

**11. Har du/dere noen gang det siste året brukt følgende metoder for å unngå graviditet?** (Sett eventuelt flere kryss.)

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

**12. Hvis du har brukt p-piller/mini-piller, hvor lenge til sammen har du brukt dem?**

	P-piller	Mini-piller
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"/>

**13. Hvis du har brukt p-piller/mini-piller, hvor gammel var du da du første gang brukte disse?**

år

**14. Brukte du p-piller/mini-piller de siste 4 månedene før du ble gravid denne gangen?**

- ☐ Nei  
☐ Ja

**15. Hvis ja, hvor lang tid før siste menstruasjon sluttet du med p-piller/mini-piller?**

uker

**16. Var dette svangerskapet planlagt?**

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

- ☐ mindre enn 1 måned  
☐ 1-2 måneder  
☐ 3 måneder eller mer

måneder hvis mer enn 3 måneder

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

- ☐ Nei (Gå til spørsmål 21.)  
☐ Ja

**19. Hvis ja, hvilken type?** (Sett eventuelt flere kryss.)

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

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

- ☐ Nei  
☐ Ja

+

**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 svangerskap	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"/>

**23. Har du noen gang vært behandlet for ufrivillig barnløshet?**

- ☐ Nei  
☐ Ja

**24. Hvis ja, var det i forbindelse med dette svangerskapet eller tidligere svangerskap og hva slags behandling var det?**

(Sett eventuelt flere kryss.)

	Tidligere svangerskap	Dette svangerskap
Operasjon på eggledere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen 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 (innsprøyting av sæd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prøverørsmetoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Har du fått informasjon om muligheten for å få utført fostervannsprøve?**

- ☐ Nei  
☐ Ja

+

**26. Hva var blodtrykket ditt ved første svangerskapskontroll?**

(Se i helsekortet ditt.)

/  Eks. 150 / 95

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

Da jeg ble gravid:  kg Nå:  kg

**28. Hvor høy er du?**

cm

**29. Hvor høy (ca.) er barnets far?**

cm

**30. Hvor mye (ca.) veier barnets far?**

kg

+

## Tidligere svangerskap

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

- ☐ Nei (Gå til spørsmål 36.)  
☐ Ja

**32. Hvis ja, kryss av for alle tidligere svangerskap. Ta også med svangerskap som endte med abort eller dødfødsel, eller der svangerskapet var utenfor livmoren. Oppgi årstall for svangerskapsstart, hvor mange 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.**

Svangerskapsnummer	Årstall for svangerskapsstart	Levende født barn	Spontan-aborter/dødfødsler	Frem-kalt abort	Svangerskap utenfor livmoren	Svangerskapsuke for aborten/dødfødselen	Antall måneder med amming	Vektøkning i svangerskapet (antall kg)	Røykte i svangerskapet
1	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>
2	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>
3	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>
4	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>
5	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>
6	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>
7	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>
8	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>
9	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>
10	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

måneder etter påbegynt svangerskap

**35. Når sluttet plagene?**

måneder etter fødselen  
☐ har hatt vedvarende plager

## Sykdommer og helseplager i dette svangerskapet

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

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

	Dato da blødningen startet	Blødningen varte i antall dager	Kryss av for blødningsmengde (sporblødning betyr noen dråper)
Første blødning	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/> Sporblødning <input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning <input type="checkbox"/> Klumper
Siste blødning	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	<input type="checkbox"/> Sporblødning <input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning <input type="checkbox"/> Klumper
	dag måned år		
<div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>			
Hvis mer enn to blødningsepisoder angi antall			

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

Sykdommer / helseplager i dette svangerskapet					Bruk av medisiner i dette svangerskap					Antall dager brukt				
Sykdom/helseplage	+	I svangerskapsuker				Navn på medisiner du brukte	+	I svangerskapsuker						
		0-4	5-8	9-12	13+			0-4	5-8		9-12	13+		
1 Bekkenløsning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2 Magesmerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3 Vondt i ryggen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4 Nakke-/skuldersmerter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5 Kvalme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6 Kvalme med brekninger/oppkast		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7 Soppinfeksjon i skjeden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8 Skjedekatarr/uvanlig utflod		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9 Svangerskapskløe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10 Treg mage/forstoppelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
11 Diaré/omgangssyke		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
12 Uvanlig tretthet/søvnighet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
13 Søvnproblemer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14 Halsbrann/sure oppstøt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
15 Hevelse i kroppen (ødem)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
16 Feber med utslett		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
17 Feber over 38,5°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"/>			
18 Forkjølelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
19 Halsbetennelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
20 Bihule-/ørebetennelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21 Influensa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
22 Lungebetennelse/bronkitt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
23 Sukker i urin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
24 Eggehvite (protein) i urin		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
											+			

+

## Tidligere og nåværende sykdommer og helseplager

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

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

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

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

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

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

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

+

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

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

+

## Andre medisiner

## 44. Har du brukt andre medisiner som du ikke har nevnt tidligere? Hvis ja, oppgi navn og når du har tatt disse i tabellen nedenfor.

Navn på medisiner

(f.eks. Valium, Rohypnol, Paracet)

Bruk av medisiner

	Siste 6 mnd. før svangerskapet	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vitaminer, mineraler og kosttilskudd

## 45. Bruker du vitaminer, mineraler eller annet kosttilskudd?

- ☐ Nei, (Gå til spørsmål 49.)  
☐ Ja,

+

Hvis du bruker kosttilskudd, vennligst finn frem eske/glass.

## 46. Kryss av i tabellen nedenfor for de vitaminer og mineraler som finnes i innholdslisten på vitamineske/glass. Kryss også av for når og omtrent hvor ofte du har brukt dem.

	Når har du brukt tilskudd?								Omtrent 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				
1 Folat /folsyre	<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"/>
2 Vitamin B1 (Thiamin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Vitamin B2 (Riboflavin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Vitamin B6 (Pyridoksin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Vitamin B12 (Cyanokobalamin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Niacin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Pantotensyre (pantotenat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Biotin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Vitamin C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Vitamin A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Vitamin D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Vitamin E	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Jern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Kalk/kalsium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Sink	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Selen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Kobber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Krom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Magnesium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Tran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Omega-3 fettsyre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

*V I T A P L E X M E D J E R N*

☐ Ja  
☐ Nei  
☐ Vet ikke

☐ Gift

☐ Samboer

☐ Enslig

☐ Skilt/separert

☐ Enke

☐ Annet

+

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

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

+



**52. Hadde du en ekstrajobb (lønnet eller ulønnet) da du ble gravid?**

(f.eks. regnskapsfører, frisør, vokalist i danseband, fritidsleder)

☐ Nei☐ Ja, beskriv: \_\_\_\_\_**53. Har du hatt fravær fra ditt vanlige arbeid i til sammen mer enn to uker i løpet av dette svangerskapet?**☐ Nei☐ Ja

+

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

+

**55. Hvis ja, hva er årsaken til fraværet?** (Sett eventuelt flere kryss.)☐ Sykemelding☐ Permisjon☐ Sykt barn☐ Annet \_\_\_\_\_**56. Antall timer lønnet med arbeid vanligvis pr. uke før du ble gravid og nå?** Før svangerskapet:   timerI svangerskapet:   timer**Spørsmål om nåværende arbeidssituasjon besvares av alle som har inntektsgivende arbeid, selv om de midlertidig er fraværende fra dette pga. sykdom, permisjon eller lignende.****57. Beskriv virksomheten på nåværende arbeidsplass eller tjenestested så nøyaktig som mulig.** (Skriv f.eks.

sykehusavdeling for barn med kreft, karosseriavdeling på verksted for dieselbiler, gårdsbruk med korn og gris, hjemmearbeid.)

**58. Yrke/tittel på dette arbeidsstedet?**

(Skriv f.eks. avdelingssykepleier, biloppretter, formann, adjunkt, elev, spesialarbeider, renholdsassistent, hjemmевærende.)

Deg

Barnets far

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

	+	Ja, daglig mer enn halv arbeidstiden	Ja, daglig mindre enn halv arbeidstiden	Ja, i perioder, men ikke daglig	Sjelden eller aldri
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 eller 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"/>

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

	Stemmer	Stemmer ganske bra	Stemmer ikke særlig bra	Stemmer ikke i det hele tatt
Jeg har fysisk tungt arbeid. . . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har et stressende eller 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"/>

**61. Hvilken arbeidstidsordning har du nå?** (Sett eventuelt flere kryss.)☐ Fast dagarbeid☐ Fast ettermiddags- eller kveldsarbeid☐ Fast nattarbeid☐ Skiftarbeid eller turnusordning☐ Ingen fast ordning (ekstrahjelp, ekstravakt, vikar o.l.)☐ Annen ordning

+

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

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

+

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

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

+

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

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

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

- ☐ Aldri  
☐ Sjelden  
☐ Ofte

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

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

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

(Ta ikke med behandling som pasient.)

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

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

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

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

- ☐ 1-2 ganger i uken  
☐ Sjeldnere  
☐ Aldri

+

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

- ☐ Nei  
☐ Ja

+

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

	Daglig	3-6 ganger pr. uke	1-2 ganger pr. uke	Mindre enn 1 gang pr. uke	
1 Hund .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2 Katt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3 Marsvin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4 Hamster .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5 Kanin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6 Undulat o.l. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7 Akvariefisk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
8 Ku .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9 Gris .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10 Sau, geit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11 Hest .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12 Fjærkre .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13 Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Bolig og husholdning**
**72. Hvem deler du husholdning med? (Sett eventuelt flere kryss.)**

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

**73. Hvor mange personer er det i husholdningen.**

(Tell med deg selv.)

Antall personer over 18 år .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antall personer 12-18 år .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antall personer 6-11 år .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antall personer under 6 år .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**74. Hvor mange av barna går regelmessig i barnehage?**

barn
 +

**75. Har du eller barnets far et annet morsmål enn norsk?**

- ☐ Nei  
☐ Ja

**76. Hvis ja, hvilket morsmål?**

	Deg	Barnets far
Samisk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urdu .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engelsk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis annet, hvilket? \_\_\_\_\_

**77. Har dine foreldre eller foreldre til barnets far et annet morsmål enn norsk?**

- ☐ Nei  
☐ Ja
 +

**78. Hvis ja, hvilket morsmål?**

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

Hvis annet, hvilket? \_\_\_\_\_

**79. Hva var brutto årsinntekt (før skatt) det siste året for deg og barnets far? (Inkl. barnebidrag, arbeidsledighetstrygd, 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"/> 150-199.999 kr.	<input type="checkbox"/> 150-199.999 kr.
<input type="checkbox"/> 200-299.999 kr.	<input type="checkbox"/> 200-299.999 kr.
<input type="checkbox"/> 300-399.999 kr.	<input type="checkbox"/> 300-399.999 kr.
<input type="checkbox"/> 400-499.999 kr.	<input type="checkbox"/> 400-499.999 kr.
<input type="checkbox"/> over 500.000 kr.	<input type="checkbox"/> over 500.000 kr.
	<input type="checkbox"/> Vet ikke

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

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

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

- ☐ Enebolig  
☐ Gårdsbruk  
☐ Tomannsbolig  
☐ Firemannsbolig  
☐ Rekkehus  
☐ Terrasseleilighet  
☐ Kjellerleilighet/hageleilighet  
☐ Blokk  
☐ Bygård/leiegård. Hvilken etasje?  etg.  
☐ Annet \_\_\_\_\_

**82. Har det vært fuktskader, synlig sopp-/muggvekst eller mugglukt i boligen din i løpet av de siste 3 månedene? (Sett eventuelt flere kryss.)**

- ☐ Nei  
☐ Ja, fuktskader  
☐ Ja, synlig sopp- /muggvekst  
☐ Ja, mugglukt

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

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

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

ganger

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

- ☐ Nei  
☐ Ja
 +

**86. Hvis ja, kryss av for hvilken sykdom. (Sett eventuelt flere kryss.)**

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

# Levevaner

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

- ☐ Nei  
☐ Ja  
☐ Vet ikke

+

88. Er du utsatt for passiv røyking hjemme?

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

 

timer pr. dag

90. Er du utsatt for passiv røyking på arbeid?

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

 

timer pr. dag

92. Røykte barnets far før du ble gravid?

- ☐ Nei  
☐ Ja

93. Røyker han nå?

- ☐ Nei  
☐ Ja

+

94. Har du noen gang røykt?

- ☐ Nei (Gå til spørsmål 104.)  
☐ Ja

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

- ☐ Nei

☐ Av og til   Sigaretter pr. uke

☐ Daglig   Sigaretter pr. dag

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

- ☐ Nei

☐ Av og til   Sigaretter pr. uke

☐ Daglig   Sigaretter pr. dag

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

 

år

98. Har du helt sluttet å røyke?

- ☐ Nei  
☐ Ja

+

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

 

år

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

 

svangerskapsuke

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

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

102. Røyker du når du er syk?

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

	Før svangerskapet	I svangerskapet
Skrå/tyggetobakk/snus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotintyggegummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotinplaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotininalator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

105. Oppgi drikkemengde (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	
1 Filterkaffe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2 Pulverkaffe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3 Kokekaffe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4 Te	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5 Urtete	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6 Coca Cola, Pepsi e.l.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7 Annen brus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8 Coca Cola-/Pepsi-light	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9 Annen light-brus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10 Springvann	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
11 Flaskevann (Farris, Olden)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	Før svangerskapet		Økologisk (kryss av)
	Før svangerskapet	Nå	
12 Saft/juice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
13 Saft/juice (light)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
14 Søt skummet, lett-helmeik	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
15 Cultura, alle typer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
16 Biola, alle typer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
17 Annen surmelk (kefir)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
18 Annet	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

+

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

	Aldri	Tidlig- ere	I siste måned før svanger- skapet	I svanger- skapet
1 Hasj .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Amfetamin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ecstasy .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Kokain .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Heroin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 107. Har du noen gang drukket alkohol?

- ☐ Nei (gå til spørsmål 117.)  
☐ Ja

**Enheter alkohol**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

 

enheter

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

- ☐ Nei  
☐ Ja

## 114. Har du noen ganger følt at du burde redusere alkohol forbruken din?

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

- ☐ Nei  
☐ Ja

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

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

## Vekt og vektkontroll

## 117. Synes du selv at du var for tykk i tiden like før du ble gravid denne gangen?

- ☐ Ja, en god del  
☐ Ja, litt  
☐ Nei

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

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

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

- ☐ Ja, ofte  
☐ Ja, noen få ganger  
☐ Nei

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

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

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

Vekten?

	Siste 6 måneder før svangerskapet		Nå	
	Minst 1 gang i uken	Sjelden/ aldri	Minst 1 gang i uken	Sjelden/ 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"/>

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

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

## +

[illegible]

+

[illegible]

Siste 3 måneder før dette svangerskapet

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

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

Helt uening		Litt uening	Verken eller	Litt enig	Enig	Helt enig
----------------	--	----------------	-----------------	--------------	------	--------------

[illegible]

## +

[illegible]

+

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

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

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

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

**130. Føler du deg ofte ensom?**

- ☐ Nesten aldri  
☐ Sjelden  
☐ Av og til  
☐ Som regel  
☐ Nesten alltid

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

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
Stadig redd eller engstelig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Mye bekymret eller urolig .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

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

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

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

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

uker

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

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

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

## Kommentarer

+

+

+

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

***Tusen takk for hjelpen!***

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

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

+

+