

+

+

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 er riktig.
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å krysse ut boksen.
- I de store, grønne boksene skriver du *tall* eller *store bokstaver*.

Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet i boksene, som i eksemplene nedenfor.

Tall:

Bokstaver:

Dette skjemaet skal ikke brukes til utfylling. Ta kontakt med oss på morbarn@fhi.no eller tlf 53 20 40 40 hvis du trenger skjema.

- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall bruker du den høyre ruten. Eksempel: 5 skrives slik
- 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 lang tid går det vanligvis mellom to menstruasjoner, dvs. fra første dag i en menstruasjon til første dag i den neste?

 dager

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

- Nei Ja, merkbart
 Ja, men ubetydelig 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 (i hele kg)?

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 (i hele kg)?

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	Fremkalt abort	Svangerskap utenfor livmoren	Svangerskapsuke for aborten/dødfødselen	Antall måneder med amming	Vektøkning i svangerskapet (i hele kg)	Røykte i svangerskapet
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sporblødning <input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning <input type="checkbox"/> Klumper
Siste blødning	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sporblødning <input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning <input type="checkbox"/> Klumper
	dag måned år		
	Hvis mer enn to blødningsepisoder angi antall <input type="text"/>		

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								
Sykdom/helseplage	+	I svangerskapsuker				Navn på medisiner du brukte	+	I svangerskapsuker				Antall dager brukt	
		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-/skuld smerter		<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/søvnhighet		<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+	
Astma / Allergi / Hud										
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Diabetes / Sukkersyke										
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"/>
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"/>
Hjerte / Blod / Stoffskifte / Blodkar										
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Mage / Tarm										
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Muskel / Skjelett / Bindevev										
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"/>

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+	
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"/>
		+							
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"/>
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"/>
Underlivet / Urinveier									
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"/>
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"/>
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"/>
		+							
33 Cyste på eggstokk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Andre sykdommer eller helseplager									
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
		+							
52 Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
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)

	Siste 6 mnd. før svangerskapet	Bruk av medisiner				Antall dager brukt
		I svangerskapsuken	0-4	5-8	9-12	
_____	<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. Har du brukt vitaminer, mineraler eller annet kosttilskudd i svangerskapet eller siste halvår før svangerskapet?

- Nei, (Gå til spørsmål 49.)
 Ja

+

46. Hvis ja, vennligst finn frem eske/glass og bruk innholdslisten til å fylle ut tabellen nedenfor.

(F.eks. hvis du har tatt tran hver dag det siste halvåret før svangerskapet, skal du sette ett kryss for hver periode under «Når» (dvs. 7 kryss) og ett kryss for «daglig» under «Hvor ofte»).

	Når har du brukt tilskudd?							I den perioden du brukte tilskudd, omtrent hvor ofte har du brukt dette?		
	Siste halvår før svangerskapet			I svangerskapet				Daglig	4-6 ganger pr. uke	1-3 ganger pr. uke
	26-9 uke	8-5 uke	4-0 uke	0-4 uke	5-8 uke	9-12 uke	13+ uke			
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

+

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 dieselmotorer, 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 halve arbeidstiden	Ja, daglig mindre enn halve 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.)

			+		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
	Nei	Ja					
1 Blydunster, blystøv, blypartikler eller blylegeringer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Plantevernmidler (<i>ugressmidler, insektmidler, soppmidler</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Malingtynnere, maling-, lakk- eller limfjerner eller andre løsemidler (<i>f.eks lynol, white spirit, toluen, karbontetraklorid</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Fotokjemikalier (<i>fiks eller fremkaller</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Formalin/formaldehyd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 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"/>	<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"/>	<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
 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"/>
Nikotininhalator	<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"/>	
11 Flaskevann (Farris, Olden)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Før svangerskapet	Nå	Økologisk (kryss av)
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 Sot skummet, lett- helmelk	<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	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"/>

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 alkoholenheter (= 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?

(Sett ett kryss for hver periode)

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

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

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

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
Flere ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 ganger pr måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre enn 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 alkoholforbruken 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?

	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

Vannlating

123. Har du lekkasje av urin i forbindelse med hosting, nysing, latter eller tunge løft?

- Ja
 Nei

124. Har du lekkasje av urin i forbindelse med plutselig og sterk vannlatingstrang?

- Ja
 Nei

+

125. Hvor ofte har du urinlekkasje?

- Aldri
 Sjeldnere enn en gang pr. måned.
 En eller flere ganger pr. måned
 En eller flere ganger pr. uke
 Hver dag og/eller hver natt

+

126. Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang?

- Lekker aldri
 Dråper eller lite
 Små skvetter
 Større mengder

127. Har du hatt urinlekkasje før dette svangerskapet?

- Ja
 Nei

128. Hvis ja; Hadde du urinlekkasje de siste månedene før dette svangerskapet?

- Ja
 Nei

129. Oppsto urinlekkasjen første gang under et tidligere svangerskap?

- Ja
 Nei

+

Fysisk aktivitet

130. Hvor ofte er du fysisk aktiv? (Kryss av for hver linje, både før og i dette svangerskap.)

	Siste 3 måneder før dette svangerskapet					I dette svangerskapet				
	Aldri	1-3 ganger pr. måned	1 gang pr. uke	2 ganger pr. uke	3 ganger eller mer pr. uke	Aldri	1-3 ganger pr. måned	1 gang pr. uke	2 ganger pr. uke	3 ganger eller mer pr. uke
1 Rolig gange/spasertur	<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 Rask gange/turgang	<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 Løping/jogging/orientering	<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 Sykling	<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 Helsestudio/styrketrening	<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 Spesiell gymnastikk/aerobics for gravide	<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 Aerobics/gymnastikk/dans uten løp og hopp	<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 Aerobics/gymnastikk/dans med løp og hopp	<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 Dansing (swing, rock, folkedans)	<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 Skigåing	<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 Ballspill/nettballspill	<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 Svømming	<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 Riding	<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 Annet	<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"/>

131. Hvor ofte gjør du øvelser for disse muskelgruppene? (Kryss av for hver linje både før og i dette svangerskap.)

	Siste 3 måneder før dette svangerskapet					I dette svangerskapet				
	Aldri	1-3 ganger pr. måned	1 gang pr. uke	2 ganger pr. uke	3 ganger eller mer pr. uke	Aldri	1-3 ganger pr. måned	1 gang pr. uke	2 ganger pr. uke	3 ganger eller mer pr. uke
Magemuskler	<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"/>
Ryggmuskler	<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"/>
Bekkenbunnsmuskler (muskler rundt skjede, urinrør, endetarm)	<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"/>

132. Hvor ofte er du så fysisk aktiv (i fritid eller på arbeid) at du blir andpusten eller svett?

	Siste 3 måneder før dette svangerskapet		I 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

133. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstandene. (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken eller	Litt enig	Enig	Helt enig
På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livsbetaingelsene mine er svært gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hadde jeg kunnet leve livet på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

134. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av ditt parforhold? (Besvares bare dersom du er i et parforhold.)

(Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har vært heldig med valg av partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

135. 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

136. 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

137. Føler du deg ofte ensom?

- Nesten aldri
 Sjelden
 Av og til
 Som regel
 Nesten alltid

138. 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"/>

139. 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"/>

140. 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"/>

141. 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 ubrukkelig 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"/>

142. 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 deprimeret, 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"/>

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

uker

144. Var det en spesiell grunn til dette?

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

Kommentarer

+

+

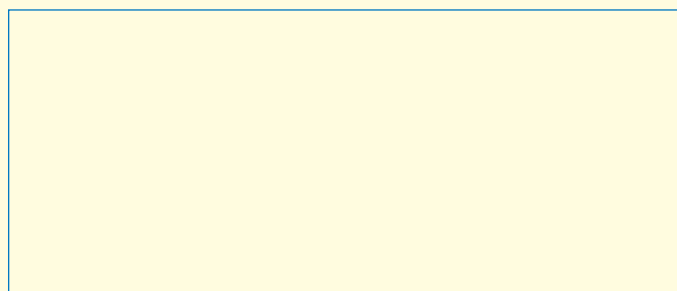
+

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

+



+