

den norske *Mor & barn undersøkelsen*

+ Spørreskjema 3 – ca. svangerskapsuke 30 +

Dette spørreskjemaet gjelder for det meste tiden etter svangerskapsuke 12. Vi stiller deg en del spørsmål som du kanskje vil kjenne igjen fra det første spørreskjemaet. Vi gjør dette fordi vi ønsker å følge din og barnets utvikling videre. Det vil være en fordel om du finner frem ditt Helsekort for gravide før du begynner å besvare spørsmålene, slik at du kan benytte opplysningene som står der under utfyllingen av spørreskjemaet. Hvis du synes at et spørsmål er for ubehagelige eller vanskelig å svare på kan du la være å svare på det spørsmålet og gå videre til det neste.

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

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- I de små avkrysningsboksene setter du *et kryss* for det svaret som du mener passer best, slik:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det opp.
- I de store, grønne boksene skriver du *tall* eller *store blokker*.

Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet.

Tall:

**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 svangerskapsuger. *Eksempel: Hvis du skal angi noe som skjedde 14 uker etter siste menstruasjon, krysser du av for uke 13-16.*
- Spesielle opplysninger som *f.eks. medikamenter* 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 skjemaet, sender du det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2001)

Svangerskapskontroll og helse

1. Hvor har du gått til svangerskapskontroll? (Du kan sette flere kryss). Oppgi hvor mange ganger på hvert sted.

- Helsestasjon ganger
- Legekantor/legesenter ganger
- Sykehusets poliklinikk ganger

2. Hvem har du gått til svangerskapskontroll hos? (Du kan sette flere kryss). Oppgi hvor mange ganger.

- Jordmor ganger
- Allmennpraktiserende lege ganger
- Gynekolog ganger
- Helsesøster ganger

3. Er legen du har gått til mann eller kvinne? Hvor mange ganger har du gått til ham/henne?

- Allmennpraktiserende lege Kvinne ganger
- Mann ganger
- Gynekolog Kvinne ganger
- Mann ganger

4. Hvis du går eller har gått til svangerskapskontroll hos privatpraktiserende gynekolog eller på poliklinikk, hva er eller var grunnen?

- Henvist på grunn av komplikasjoner i dette svangerskapet
- Henvist på grunn av tidligere sykdom eller komplikasjoner i tidligere svangerskap
- På eget initiativ uten henvisning
- Henvist av annen grunn

5. Hvor enig er du i følgende påstander om svangerskapskontrollene du har gått til?

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Jeg har fått tilstrekkelig råd og informasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har blitt godt ivaretatt som person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har ikke fått nok tid under kontrollene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har følt meg trygg under kontrollene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kunne snakke om det jeg har hatt behov for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalt sett er jeg fornøyd med helsevesenets oppfølging av meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Har du kontaktet jordmor eller lege utenom de vanlige kontrollene?

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

7. Hvis ja, var det vanskelig å komme til?

	Jordmor	Lege
Ikke vanskelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litt vanskelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svært vanskelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Er det blitt gjort gynekologisk undersøkelse (innvendig undersøkelse av underlivet) av deg mens du har vært gravid? Hvis ja, hvor mange ganger?

- Nei
- Ja ganger

9. Hvor mange ganger i svangerskapet har du fått utført ultralydundersøkelse?

Utenpå magen ganger

I skjeden ganger

10. Hvor mange barn venter du?

11. Har du fått tilbud om fostervanns- eller morkakeprøve?

- Nei (gå til spørsmål 16)
- Ja

12. Hvis ja, ble prøven(e) utført, og hva viste den/de.

	Ble prøven(e) utført?		Viste prøven(e) normale forhold?	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Fostervannsprøve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morkakeprøve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom prøven(e) ikke viste normale forhold beskriv:

13. Hvis det ble utført fostervannsprøve/morkakeprøve, hva var grunnen?

- På grunn av min alder (vanligvis 38 år eller eldre ved termin)
- Tidligere barn med kromosomsykdom
- Tidligere barn med nevrالرrdsdefekt (ryggmargsbrokk)
- Epilepsi (medisiner mot epilepsi)
- Funn ved ultralyd
- Annet

14. Oppsto det komplikasjoner de nærmeste 2 ukene etter førstervannsprøven ble tatt?

- Nei
- Ja

15. Hvis ja, hvilke komplikasjoner?

- Blødning fra skjeden
- Fostervannsløkkasje
- Magesmerter (menstruasjonsliknende eller sterkere)

Annet _____

16. Er det blitt tatt røntgenbilder av deg under svangerskapet?

- Nei
- Ja

17. Hvis ja, hva ble det tatt bilde av? Oppgi hvor mange ganger og i hvilke svangerskapsuker (Du kan sette flere kryss.)

	I svangerskapsuker						Antall ganger
	0-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29+	
Tenner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/>
Lunger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/>
Armer og bein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/>
Bekken/mage/rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value="1"/>

18. Har du fått behandling for å stoppe for tidlig (prematurl) fødsel i dette svangerskapet? (Du kan sette flere kryss.)

- Nei
- Ja, måtte ta det med ro eller ligge
- Ja, fikk medisiner

Hvilke medisiner? _____

19. Har du blitt vaksinert i dette svangerskapet?

- Nei
- Ja

Hvilken vaksine? _____

20. Har jordmor eller lege sagt på svangerskapskontroll at du har/har hatt høyt blodtrykk i dette svangerskapet?

- Nei
- Ja

21. Hvis ja, hvor høyt var det på det høyeste i dette svangerskapet? (Med høyt blodtrykk menes ett eller begge tall over 140/90) (Se i Helsekortet ditt.)

/ Eks. **150 / 95**

- Vet ikke

22. Har du hatt høyt blodtrykk uten å være gravid?

- Nei
- Ja
- Vet ikke

23. Hvis ja, hvor høyt var det på det høyeste utenom svangerskapet?

/ Eks. **150 / 95**

- Vet ikke

33. Våkner du om natten på grunn av bekkensmerter?

- Ja, ofte
 Ja, en sjelden gang
 Nei, aldri

+

34. Har du så store vansker med å gå på grunn av bekkensmerter at du må bruke stokk eller krykker?

- Nei, aldri
 Ja, men ikke hver dag, smertene varierer fra dag til dag
 Ja, må bruke stokk eller krykker hver dag

35. Har du fått bedøvelse i forbindelse med operasjon eller tannlegebehandling i løpet av dette svangerskapet?

- Nei
 Ja

36. Hvis ja, hvilken type bedøvelse fikk du? (Du kan sette flere kryss.)

- Generell (full) narkose
 Spinal bedøvelse (i ryggmargen)
 Lokal bedøvelse
 Vet ikke

37. Har du vært hos tannlege i løpet av dette svangerskapet?

- Nei
 Ja

38. Hvis ja, har tannlegen utført noen av følgende behandlinger i dette svangerskapet? (Du kan sette flere kryss.)

- | | Ja | Nei |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Satt inn nye amalgamfyllinger (sølvfyllinger) . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fjernet/skiftet ut amalgamfyllinger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Satt inn nye hvite fyllinger | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

39. Hvor mange tenner har du totalt, og omtrent hvor mange av tennene har fyllinger? (Se i speilet og tell dem.)

- Totalt antall tenner:
- Antall tenner med amalgamfyllinger:
- Antall tenner med andre typer fyllinger:

40. Blør du for tiden fra tannkjøttet når du pusser tennene?

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

+

41. Har du fått utført tatovering eller piercing inkludert ekstra hull i ørene? (Ta ikke med vanlig hull i ørene, dvs. ett hull i hvert øre)

- Nei
 Ja

42. Hvis ja, hvor ble det utført og når var det? (Du kan sette flere kryss)

- | | Tatovering | Piercing |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Før dette svangerskapet: | | |
| I Norge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I utlandet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I dette svangerskapet: | | |
| I Norge | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I utlandet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43. Har du noen gang fått blodoverføring? Hvis ja oppgi antall ganger.

- Nei
- Ja, i dette svangerskapet ganger
- Ja, før dette svangerskapet ganger

+

44. Hvis ja, i hvilke land og hvilket år?

(Oppgi de to siste gangene)

- | | År |
|-------------|---|
| Land: _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Land: _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

45. Har du noen gang vært operert i brystene?

- Nei
 Ja

+

46. Hvis ja, var det:

- Brystforstørrelse
 Brystreduksjon
 Kreft/kreftprøve
 Annet beskriv: _____

47. Har du hatt celleforandringer på livmorhalsen?

- Nei
- Ja Årstall da det ble påvist første gang

48. Har du blitt operert på livmorhalsen?

- Nei
- Ja Årstall da du ble operert

49. Har du noen gang fått sprøyte med gammaglobulin?

(Brukes for å forebygge gulsott (hepatitt A) oftest i forbindelse med utenlandsreiser.)

- Nei
 Ja

Hvis ja, i hvilket år?

+

Hvordan har du hatt det siden sist?

Nå følger noen spørsmål som handler om tiden etter 13. svangerskapsuke.

50. Har du hatt en eller flere blødninger fra skjeden etter 13. svangerskapsuke? +

- Nei
 Ja

51. Hvis ja, kryss av for hvor mye du blødde, i hvilke svangerskapsuker og hvor mange dager blødningen varte. (Hvis mer enn 2 blødninger, beskriv de 2 siste.)

	Kryss av for blødningsmengde (sporblødning betyr noen dråper)			I hvilke svangerskapsuker hadde du blødningen?					Blødningen varte i antall dager
	<input type="checkbox"/> Sporblødning	<input type="checkbox"/> Mer enn sporblødning	<input type="checkbox"/> Større mengder	13-16	17-20	21-24	25-28	29+	
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<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="checkbox"/> Hvis mer enn 2 blødningsepisoder, angi antall			<input type="text"/>					<input type="text"/>

52. Kjenner du årsaken til at du blødde? +

- Nei
 Ja

53. Hvis ja, hva var årsaken(e)? (Du kan sette flere kryss.)

- Morkaken ligger for langt nede (vanskelig plassert/ placenta prævia)
 For tidlig løsning av morkaken (abruptio/ablatio placenta)
 Truende abort/for tidlig fødsel
 Sår på livmorhalsen, slimhinneblødning
 Etter samleie
 Annen årsak

54. Har du vært plaget av kynnere / forveer? +

- Nei
 Ja, litt plaget
 Ja, mye plaget

55. Har du eller har du hatt noen av de følgende sykdommene eller helseplagene etter 13. svangerskapsuke? Hvis du har brukt tabletter, miksturer, stikkpiller, inhalasjoner, salver osv. i forbindelse med sykdommen eller helseplage, oppgi navnet på medisinen(e) og når du brukte dem og hvor lenge. (Du kan sette flere kryss.) (Dette gjelder alle typer medikamenter, både faste og ikke-faste og naturmedisiner. Ikke før inn vitaminer og kost-tilskudd - disse spør vi om senere i skjemaet.)

	I hvilke svangerskapsuker var du plaget?					Navn på medisiner du brukte	I hvilke svangerskapsuker brukte du medisiner?					Antall dager brukt
	13-16	17-20	21-24	25-28	29+		13-16	17-20	21-24	25-28	29+	
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2 Rygg 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3 Andre smerter i muskler/ledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5 Langvarig 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7 Annen skjedekatarr/ uvanlig utfloed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
8 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9 Treg mage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
10 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Fortsettelse...

+	I hvilke svangerskapsuker var du plaget?					+	I hvilke svangerskapsuker brukte du medisiner?					Antall dager brukt		
	13-16	17-20	21-24	25-28	29+		Navn på medisiner du brukte	13-16	17-20	21-24	25-28		29+	
11 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16 Bihule/-øretbetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
17 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19 Annen hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
20 Sukker i urinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
21 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22 Blærekatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
23 Urinlekkasje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
24 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
25 Leggkramper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
26 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
27 Høysnue/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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
28 Hodepine/migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 Depresjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>
30 Andre psykiske plager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

56. Dersom du har hatt feber en eller flere ganger etter 13. svangerskapsuke, angi i hvilke svangerskapsuker, navn på febernedssettende medisiner du har brukt og høyeste målte temperatur. (Hvis mer enn 3 ganger, kryss av for de 3 siste.)

+	I hvilke svangerskapsuker hadde du feber?					Hvis du brukte febernedssettende medisiner, hvilke medisiner brukte du?	Høyeste målte temperatur (f.eks. 38,9° C)		Målte ikke temperatur	
	13-16	17-20	21-24	25-28	29+					
1. gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	°C	<input type="checkbox"/>
2. gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	°C	<input type="checkbox"/>
3. gang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	°C	<input type="checkbox"/>

Feber mer enn 3 ganger

73. Hvor ofte har du arbeidet ved radiosender eller radar etter 13. svangerskapsuke?

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

+

74. Hvor ofte har du arbeidet ved røntgenapparat (mindre enn 2 meters avstand) etter 13. svangerskapsuke? (Ta ikke med behandling som pasient.)

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

75. Har du vært fraværende fra ditt vanlige arbeid i mer enn to uker etter 13. svangerskapsuke?

- Nei
 Ja, delvis
 Ja

76. Er du fraværende fra ditt vanlige arbeid nå for tiden?

- Nei
 Ja, delvis
 Ja

+

77. Hvis ja, hva er årsaken til fraværet nå for tiden? (Sett kun ett kryss.)

- Sykemelding (fravær med sykepenger)
 Fravær på grunn av sykt barn
 Permittering med dagpenger
 Fravær med svangerskapspenger pga. arbeidsmiljø
 Begynte fødselspermisjon (fravær med fødselspenger)
 Tjenestepermisjon
 Annet, beskriv:

78. Hvis du har vært sykemeldt etter 13. svangerskapsuke, skriv opp i tabellen årsaken til sykmelding evt. delvis sykemelding (f.eks. bekkenløsning, lungebetennelse). Kryss av i hvilke svangerskapsuker du var sykemeldt og hvor mange dager hver sykemeldingen varte. Oppgi også hvor mange prosent du var sykemeldt hver gang.

(Skriv en sykemelding per linje, se eksempel):

Årsak til sykemelding:

+

Var sykemeldt i svangerskapsuker

13-16 17-20 21-24 25-28 29+

Antall dager per sykemelding

% sykemeldt

Eksempel: bekkenløsning

1 4

5 0

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

	Hjemme	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"/>

80. Har andre tatt på seg mer enn vanlig av husarbeid eller omsorg for barn for å avlaste deg i dette svangerskapet?

- Ja, i stor grad
 Ja, i noen grad
 Nei, ingen har tilbudt seg
 Nei, det har ikke vært nødvendig med slik avlastning

81. Hvis du har begynt i permisjon (fødselspermisjon for dette svangerskapet), når begynte du?

Dato:

dag måned år

+

Levevaner

82. Hvor ofte snakker du i mobiltelefon?

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

+

83. Varer en mobiltelefonsamtale i mer enn 15 minutter?

- Aldri
 Sjelden
 Ofte

84. Hvor ofte har du arbeidet ved dataskjerm, laserprinter eller kopieringsmaskin (mindre enn 2 meters avstand) etter 13. svangerskapsuke?

	Data-skjerm	Laser-printer	Kopierings-maskin
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"/>

85. Bor du i nærheten av en høyspentledning?

- Nei
 Ja, nærmere enn 50 meter
 Ja, 50 – 100 meter
 Ja, men mer enn 100 meter fra.

+

86. Hvor ofte har du gått på diskotek siden du fylte ut forrige spørreskjema?

- Aldri
 Minst 1–2 ganger i uken
 Sjeldnere

+

87. Hvor ofte er du fysisk aktiv nå for tiden? (Kryss av for hver linje.)

	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"/>
2 Rask gange/turgang	<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"/>
4 Sykling	<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"/>
6 Spesiell gymnastikk/aerobics for gravide	<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"/>
8 Aerobics/gymnastikk/dans med løp og hopp	<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"/>
10 Skigåing	<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"/>
12 Svømming	<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"/>
14 Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

88. Hvor ofte gjør du øvelser for disse muskelgruppene hjemme eller på trening nå for tiden? (Kryss av for hver linje.)

	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"/>
Ryggmuskler	<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"/>

89. Hvor ofte er du så fysisk aktiv (i fritid eller på arbeid) nå for tiden at du blir anpusten eller svett?

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

+

90. Hvor ofte har du hatt samleie gjennomsnittlig i løpet av den siste måneden?

- Daglig
 5–6 ganger i uken
 3–4 ganger i uken
 1–2 ganger i uken
 Sjeldnere
 Ingen ganger

+

91. Har du vært utenlands i løpet av det siste året?

- Nei
 Ja

92. Hvis ja, i hvilke land har du vært og når?

Land	Måned	År
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

- Nei
 Ja

+

94. Hvis ja, hva slags dyr og hvor ofte er du i kontakt med dyr?

	Dag- lig	3-6 ganger pr. uke	1-2 ganger pr. uke	Sjeld- nere
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marsvin, hamster, kanin, rotte o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undulat og annen fugl inne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høner og annet fjærkre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ku, sau, geit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gris	<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"/>

95. Hvor mange timer sover du vanligvis i døgnet nå når du er gravid?

- Over 10 timer
 8-9 timer
 6-7 timer
 4-5 timer
 Mindre enn 4 timer

+

96. Pleier du nå for tiden å sove i vannseng eller bruke elektrisk varmeteppe?

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

97. Har du mulighet for å hvile deg litt på dagen (gjelder både hjemme og på arbeid)?

- Nei
 Ja

98. Har du vært i sauna (badstue) mens du har vært gravid?

- Nei
 1-5 ganger
 6-10 ganger
 Mer enn 10 ganger

99. Har du vært i solarium mens du har vært gravid?

- Nei
 1-5 ganger
 6-10 ganger
 Mer enn 10 ganger

+

100. Er du utsatt for passiv røyking hjemme eller på arbeid? Hvis ja, hvor mange timer pr. dag?

	Nei	Ja	Antall timer
Hjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>
Arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text" value=""/>

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

- Nei
 Av og til Sigaretter pr. uke +
 Daglig Sigaretter pr. dag

102. Røyker barnefaren nå for tiden? Hvis ja, hvor mange sigaretter?

- Nei
 Av og til Sigaretter pr. uke
 Daglig Sigaretter pr. dag

103. Dersom en av dere eller begge har sluttet å røyke i svangerskapet, i hvilken svangerskapsuke var dette?

- Deg selv Svangerskapsuke
 Barnefaren Svangerskapsuke

104. Hvis du eller barnefaren har røykt i svangerskapet, har det vært perioder da du eller barnefaren ikke har røykt? (Sett kryss som viser i hvilke svangerskapsuker dere ikke har røykt.)

	Svangerskapsuker da dere ikke har røykt							
	0-4	5-8	9-12	13-16	17-20	21-24	25-28	29+
Deg selv....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnefaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

105. Har du brukt andre former for nikotin etter 13. svangerskapsuke?

	Nei	Ja
Nikotintyggegummi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotinplaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nikotininnhalator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skrå/tyggetobakk/snus ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

106. Har du brukt noen av følgende rusmidler etter 13. svangerskapsuke?

	Nei	Ja
Hasj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

107. Har du noen gang brukt noen av de følgende stoffene? (Kryss av for hver linje.)

	Aldri	Tidligere	Det siste halv- året før du ble gravid	I dette svangerskapet
Anabole steroider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testosteronpreparater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veksthormon (eks. Genotropin/Somatropin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mat og drikke

108. Hvor ofte spiser du følgende matvarer? (Kryss av for hver linje.)

+	Før svangerskapet				I svangerskapet		
	Aldri	Noen få ganger i året	1-3 ganger i måneden	En gang i uken eller oftere	Aldri	1-3 ganger i måneden	En gang i uken eller oftere
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

109. Hvor ofte spiser du følgende type mat i dette svangerskapet? (Kryss av for hver linje.)

	Aldri	Noen få ganger i året	1-3 ganger i måneden	En gang i uken eller oftere
Mat fra restaurant, gatekjøkken, kantine eller lignende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøttvarer (unntatt hermetikk) kjøpt i utlandet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt (inkludert fjærkre) som er rått eller ufullstendig stekt/kokt (rosa ved beinet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rå kjøttdeig, farse, kjøtt (eventuelt smaker på)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røket/gravet laks eller ørret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bløte oster (f.eks. kremost, camembert, blåost o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uvaskete rå grønnsaker, uvasket frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

110. Unngår du å spise følgende type mat i dette svangerskapet?

	Nei	Ja
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nøtter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appelsiner/sitroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jordbær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

Annet, hva? _____

111. Hva slags drikkevann er det der du bor?

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

Navn på vannverk _____

Vet ikke navn på vannverk

112. Er drikkevannet behandlet (klorert eller UV-bestrålt)?

- Nei
 Ja, UV-bestrålt
 Ja, klorert
 Vet ikke

+

113. Oppgi drikkemengde (antall kopper/glass) hver dag etter 13. svangerskapsuke.

(1 krus = 2 kopper, 1 liten plastflaske (0,5 l) = 4 kopper, 1 stor plastflaske (1,5 l) = 12 kopper)

	Ant. kopper/glass	Koffeinritt (kryss av)
1. Filterkaffe	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pulverkaffe	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kokekaffe	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Annen kaffe	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5. Te	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6. Coca Cola, Pepsi e.l.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annen brus	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8. Coca Cola-/Pepsi light	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9. Annen light-brus	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10. Springvann	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
11. Flaskevann	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

+

	+	Ant. kopper/ glass	Økologisk (kryss av)
12. Saft/juice		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Saft/juice light		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Søtmelk (skummet, lett, hel) ..		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Cultura, alle typer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Biola, alle typer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Annen surmelk (kefir, yoghurt e.l.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Annet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

114. Hvor ofte drakk du alkohol før, og hvor ofte drikker du nå?

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet Svangerskapsuke		
		0-12	13-24	25+
Omtrent 6-7 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 4-5 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 2-3 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omtrent 1-3 ganger pr. måned . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjeldnere enn 1 gang pr. måned .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enheter alkohol
For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 enhet
1 vinglass rød eller hvit vin	= 1 enhet
1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 enhet
1 drammeglass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 enhet

115. I perioden rett før du ble gravid og i dette svangerskapet, hvor mange ganger har du drukket 5 eller flere enheter?
(Se forklaring om enheter alkohol.)

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet Svangerskapsuke		
		0-12	13-24	25+
Flere ganger i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 gang i uken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-3 ganger pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 1 gang pr. måned	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

116. Hvor mange enheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol?
(Se forklaring ovenfor om enheter alkohol.)

	Siste 3 måneder før siste mens	I dette svangerskapet Svangerskapsuke		
		0-12	13-24	25+
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

117. Dersom du har endret ditt alkoholbruk før eller under dette svangerskapet, når skjedde endringen?
(Du kan sette flere kryss.)

	Siste 3 måneder før siste mens	Endring til mindre mengder		Endring til større mengder	
Siste 3 måneder før siste menstruasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuke 0-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuke 7-12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I svangerskapsuke 13-24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etter svangerskapsuke 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

118. Hvis du har endret ditt alkoholbruk, hvor viktig var de følgende faktorene?
(Du kan sette flere kryss.)

	Ikke aktuelt	Lite viktig	Ganske viktig	Viktig	Svært viktig
Kvalme/ubehag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endret smak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
For fosterets skyld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresjon/vansker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre grunner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

119. Hvilken sivilstand har du nå?

- Gift
 Samboer
 Enslig
 Skilt/separert
 Enke
 Annet

+

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

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

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

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

+

122. Føler du deg ofte ensom?

- Nesten aldri
 Sjelden
 Av og til
 Som regel
 Nesten alltid

+

123. Dersom du har født tidligere, hvordan var din opplevelse av selve fødselen i det store og hele?

- Veldig god
 God
 Sånn passe
 Dårlig
 Veldig dårlig

+

124. Hvor enig er du i disse beskrivelsene av dine tanker om forestående fødsel? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
Jeg vil gjerne ha en så naturlig fødsel som mulig uten smertestillende og uten inngrep. . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gruer meg veldig til fødselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vil gjerne ha så mye bedøvelse at fødselen blir helt smertefri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) uansett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg vil helst ha epidural (ryggmargsbedøvelse) hvis jordmoren også er enig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis jeg fikk velge ville jeg helst ta keisersnitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg mener kvinnen selv må bestemme om det skal gjøres keisersnitt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg hele tiden for at barnet ikke skal være friskt og velskapt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gleder meg til barnet kommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

125. 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"/>

+

+

126. Har du i løpet av de 2 siste ukene vært plaget med noe av det følgende? (Sett kun ett kryss 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"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg ansent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

127. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Sjelden/aldri	Nokså sjelden	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
Føler deg glad for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg lykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg oppstemt, som om alt legger seg til rette for deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg sint, irritert eller ergerlig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg rasende på noen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

128. Hvor riktige er disse utsagnene for deg? (Sett kun ett kryss for hver linje.)

	Ikke riktig	Litt riktig	Nesten riktig	Helt riktig
Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis noen motarbeider meg, finner jeg en måte å oppnå det jeg vil på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er sikker på at jeg kan mestre uventede hendelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rolig når jeg møter vanskeligheter, fordi jeg stoler min evne til å klare meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dersom jeg er i en knipe, finner jeg vanligvis en løsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

129. 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"/>

130. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Sett kun ett kryss 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, iallfall på lik linje med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

131. Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt eller vanskelig var dette for deg?

(Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja	Hvis ja		
			Ikke så ille	Vondt/vanskelig	Veldig vondt/vanskelig
Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ble du skilt, separert eller avbrøt du samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du vært utsatt for alvorlig trafikkulykke, boligbrann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

132. Har du noen gang opplevd noe av det følgende: (Kryss av for hver linje.)

	Nei, aldri	Ja, som barn (under 18 år)	Ja, som voksen (over 18 år)	Hvem eller hvilke personer var det som utsatte deg for det?			Har dette skjedd deg det siste året?	
				Fremmed person	Familie eller slektning	Annen kjent person	Nei	Ja
At noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kue, fornedre eller ydmyke deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli utsatt for fysiske overgrep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli presset til seksuelle handlinger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annet

133. Har noen du bor sammen med hatt noen av de følgende sykdommer i løpet av dette svangerskapet? (Kryss av og angi tidspunkt.)

	I hvilke svangerskapsuker?			
	0–9	10–19	20–29	30+
<input type="checkbox"/> Influensa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Barnesykdom (feber med utslett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Langvarig hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Annen infeksjonssykdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

134. Har det vært noen tilfeller av krybbedød i din familie eller i barnefarens familie?

- Nei
 Vet ikke
 Ja, i min familie, (se spørsmål 132)
 Ja, i barnefarens familie, (se spørsmål 133)

135. Barnet som døde i krybbedød i min familie var:

- Min søster
 Min bror
 Min søsters barn
 Min brors barn
 Min mors søsken
 Min fars søsken
 Andre
- Gutt
 Gutt
 Gutt
 Gutt
 Gutt
- Pike
 Pike
 Pike
 Pike
 Pike
- Kjønn ukjent
 Kjønn ukjent

136. Barnet som døde i krybbedød i barnefarens familie var:

- Barnefarens søster
 Barnefarens bror
 Barnefarens søsters barn Gutt Pike
 Barnefarens brors barn Gutt Pike
 Barnefarens mors søsken Gutt Pike Kjønn ukjent
 Barnefarens fars søsken Gutt Pike Kjønn ukjent
 Andre

137. Har du noen gang mistet et barn?

- Nei (hvis nei, er du ferdig med spørsmålene)
 Ja

138. Hvis ja, hva var dødsårsaken og når skjedde det?

- Dødfødsel (Fødsel etter 16. svangerskapsuke.)
 Krybbedød
 Ulykke
 Sykdom/misdannelse

Hvilken sykdom/misdannelse: _____

- Annet

	Årstall	Barnets alder hvis barnet døde etter fødselen	
		år	måneder
Barn 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Barn 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

139. Dersom du/dere fikk støtte fra helsepersonell eller andre i tiden etter dødsfallet vil vi gjerne vite mer om dette. Hvor mange samtaler hadde dere med helsepersonell og/eller foreldreforening, familie og venner og i hvor mange uker varte oppfølgingen?

	Helsepersonell	Foreldreforening, familie, venner
Antall samtaler ved møter (ca.):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antall samtaler pr. telefon (ca.):	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Uker med oppfølging (ca.):	<input type="text"/>	<input type="text"/>

140. Synes du alt i alt at du/dere fikk god nok oppfølging etter barnets død?

- Ingen tilbud om oppfølging
 Svært god
 God nok
 Burde vært bedre
 Dårlig

141. Har dødsfallet gjort deg mer engstelig i dette svangerskapet?

- Nei, ikke i det hele tatt
 Nei, ikke vesentlig
 Ja, noe mer
 Ja, i stor grad

142. Opplever du at personalet på svangerskapskontrollen har tatt hensyn til denne vonde opplevelsen i sin kontakt med deg?

- Ja, i stor grad
 Ja, noe
 Nei, ikke i det hele tatt

Kommentarer

+

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

Tusen takk for innsatsen!

+

+