

# MIDIA Miljøårsaker til type 1 diabetes

## Spørreskjema 9 (5-6 års alder)

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Referansenummer: | <p>Det er fint om både mor og far kan fylle ut skjemaet sammen.</p> <p>Skriv tydelig med blå eller sort penn. Ved feilavkryssninger stryker du ut hele krysset. Skriv tall tydelig inne i boksene. Hvis du har skrevet galt tall, stryk det ut og sett riktig tall ved siden av boksen.</p> <p>Dersom du mangler plass i noen av spørsmålene, bruk punkt 20 (evt. eget ark).</p> <p>Noter spørsmålsnummer ved siden av.</p> <p><b>Spørreskjemaet sendes til Nasjonalt folkehelseinstitutt i vedlagte svarkonvolutt.</b></p> |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### A. BARNETS VEKST, HELSE OG MILJØ

#### 0. Skriv dato for utfylling av spørreskjemaet:

Dag Måned År

20

#### 1. Barnets vekt og lengde målt ved 6 års alder:

Dag Måned År

Dato for målingene:     20

Vekt i kg Lengde i cm

,

#### 2a. Har barnet vært innlagt på sykehus i alderen 5-6 år?

Nei ☐ Ja ☐

#### 2b. Hvis JA, hvilken dato ble barnet innlagt, og hva var årsaken til innleggelsen?

(Hvis flere innleggelser, skriv dato for innleggelse og årsak under punkt 20)

Dag Måned År

Dato for innleggelse:     20

Årsak: \_\_\_\_\_

Hvilket sykehus? \_\_\_\_\_

#### 3a. Har barnet hatt feber (mer enn 38° C) i alderen 5-6 år?

Nei ☐ Ja ☐

#### 3b. Hvis JA, hvor mange ganger? Antall ganger

| Fyll ut: | Start dato           |                      | Mnd                  | År                      | Varighet i dager     | Fikk barnet febernedsettende medisiner? * |                          | → | Hvis JA:             |                      |
|----------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------------------------|--------------------------|---|----------------------|----------------------|
|          | Dag                  | Mnd                  |                      |                         |                      | Nei                                       | Ja                       |   | Antall ganger        | Hvilken type (navn): |
| 1. gang  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 20 <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | → | <input type="text"/> | _____                |
| 2. gang  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 20 <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | → | <input type="text"/> | _____                |
| 3. gang  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 20 <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | → | <input type="text"/> | _____                |
| 4. gang  | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | 20 <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | → | <input type="text"/> | _____                |

\* F.eks. Paracet, Panodil, Pinex. Hvis barnet har hatt feber mer enn 4 ganger, vennligst skriv informasjon om dato, varighet og medisiner på siste side (punkt 20).

#### 4. Har barnet hatt forkjølelse eller vært dårlig med oppkast/diaré i alderen 5-6 år?

Dersom barnet har hatt forkjølelse eller oppkast/diaré mer enn 3-4 ganger kan dere skrive under punkt 20.

##### Forkjølelse

Nei ☐ Ja ☐

##### Hvis JA, skriv start dato

Dag Mnd År

##### Varighet i dager

1. gang     20

2. gang     20

3. gang     20

4. gang     20

##### Oppkast og/eller diaré

Nei ☐ Ja ☐

##### Hvis JA, skriv start dato

Dag Mnd År

##### Varighet i dager

1. gang     20

2. gang     20

3. gang     20

#### 5. Har barnet hatt følgende sykdom eller helseproblem i alderen 5-6 år?

|                                              | Hvis JA, ble dette bekreftet av lege? |                          |                          | Hvis JA, fikk barnet medisiner for dette? |                          |             |
|----------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|-------------|
|                                              | Nei                                   | Vet ikke                 | Ja                       | Nei                                       | Ja                       | Skriv type: |
| Ørebetennelse .....                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Halsbetennelse med påviste streptokokker ... | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Halsbetennelse annen/ukjent årsak .....      | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Øyekatarr .....                              | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Urinveisinfeksjon .....                      | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Bronkitt/lungebetennelse/RS-virus .....      | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |

## A. BARNETS VEKST, HELSE OG MILJØ (fortsettelse)

### 5. Har barnet hatt følgende sykdom eller helseproblem i alderen 5-6 år?

|                                         |                          |                          |                          | Hvis JA, ble dette bekreftet av lege? |                          | Hvis JA, fikk barnet medisiner for dette? |                          |             |
|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|--------------------------|-------------|
|                                         | Nei                      | Vet ikke                 | Ja                       | Nei                                   | Ja                       | Nei                                       | Ja                       | Skriv type: |
| Barneeksem/atopisk eksem .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Annen eksem, beskriv: _____             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Mataallergi/intoleranse, beskriv: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| _____                                   |                          |                          |                          |                                       |                          |                                           |                          |             |
| Annen allergi, beskriv: _____           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Astma .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Annet, beskriv: _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |
| Annet, beskriv: _____                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/> | _____       |

### 6a. Har barnet fått antibiotikamikstur eller dråper (penicillin eller lignende) i alderen 5-6 år?

(F.eks. Apocillin, Calcipen, Weifapenin, Abbotcin, Ery-Max, Imacillin)

Nei ☐ Ja ☐ Vet ikke ☐

### 6b. Hvis JA, hvor mange ganger? Antall ganger

Hvis barnet fikk antibiotika flere enn 3 ganger, vær snill å skrive informasjon om varighet, start-/sluttdato og årsak på siste side (punkt 20).

### 6c. Hvis JA, fyll ut:

| 1. gang                        |                          |                      | 2. gang                        |                          |                      | 3. gang                        |                          |                      |
|--------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Dag                            | Mnd                      | År                   | Dag                            | Mnd                      | År                   | Dag                            | Mnd                      | År                   |
| Startdato <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | Startdato <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | Startdato <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| Sluttdato <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | Sluttdato <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> | Sluttdato <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> |
| <b>Hva var årsaken?</b>        |                          |                      | <b>Hva var årsaken?</b>        |                          |                      | <b>Hva var årsaken?</b>        |                          |                      |
| Ørebetennelse .....            | <input type="checkbox"/> |                      | Ørebetennelse .....            | <input type="checkbox"/> |                      | Ørebetennelse .....            | <input type="checkbox"/> |                      |
| Halsbetennelse .....           | <input type="checkbox"/> |                      | Halsbetennelse .....           | <input type="checkbox"/> |                      | Halsbetennelse .....           | <input type="checkbox"/> |                      |
| Bronkitt/lungebetennelse ..... | <input type="checkbox"/> |                      | Bronkitt/lungebetennelse ..... | <input type="checkbox"/> |                      | Bronkitt/lungebetennelse ..... | <input type="checkbox"/> |                      |
| Hudutslett .....               | <input type="checkbox"/> |                      | Hudutslett .....               | <input type="checkbox"/> |                      | Hudutslett .....               | <input type="checkbox"/> |                      |
| Annen årsak, beskriv: _____    | <input type="checkbox"/> |                      | Annen årsak, beskriv _____     | <input type="checkbox"/> |                      | Annen årsak, beskriv _____     | <input type="checkbox"/> |                      |

### 7a. Kryss av for hvilke vaksiner barnet har fått i alderen 5-6 år:

(Bruk helsestasjonskortet til å krysse av)

DTP (Difteri, stivkrampe, kikhoste) ..... ☐

DT (Difteri, stivkrampe) ..... ☐

Polio – Hib (Hemophilus influenza) ..... ☐

MMR (Meslinger, kuma og røde hunder) .... ☐

Engerix-B (Hepatitt B) ..... ☐

Annen vaksine ..... ☐

Hvis annen vaksine, beskriv: \_\_\_\_\_

### 7b. Hvis barnet har fått noen vaksiner i alderen 5-6 år, fikk han/hun alvorlige bivirkninger av vaksineringen?

Nei ☐ Ja ☐

Hvis JA, beskriv: \_\_\_\_\_

### 7c. Fikk barnet smertestillende/febernedsettende medisiner i forbindelse med vaksinerings?

Nei ☐ Ja ☐

### 8a. Har barnet brukt andre medisiner enn antibiotika og febernedsettende i alderen 5-6 år?

(gjelder også naturmedisiner)

Nei ☐ Ja ☐

### 8b. Hvis JA, hva het medisinene:

(Hvis flere ganger, noter medisinnavn under punkt 20)

Beskriv type/navn: \_\_\_\_\_

### 8c. Hvis JA, når?

Dag Måned År  
Fra dato     20

Til dato     20

Bruker fortsatt: Nei ☐ Ja ☐

Årsak til medisinbruk; beskriv; (Hvis flere ganger, noter start-/sluttdato og årsak under punkt 20, evt. eget ark)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 9a. Røykes det i rom hvor barnet oppholder seg?

Nei ☐ Av og til ☐ Daglig ☐

### 9b. Hvis det røykes daglig:

Antall timer per dag:

### 10a. Har dere vært i utlandet med barnet mens det var mellom 5 og 6 år?

Nei ☐ Ja ☐

Hvis JA;

### 10b. Hvor var dere?

| Norden                   | Europa                   | Afrika                   | Asia                     | Nord Amerika             | Sør Amerika              | Australia                |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 10c. Hvor lenge var dere i utlandet?

Ant. dager

### 10d. Hvordan levde dere i utlandet?

| Samme standard som hjemme | Mer primitivt enn hjemme | Bedre standard enn hjemme |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

## A. BARNETS VEKST, HELSE OG MILJØ (fortsettelse)

### 11a. Bader barnet i offentlig svømmebasseng?

Aldri ..... ☐ 1-5 ganger i året ..... ☐  
 6-11 ganger i året ... ☐ 1-3 ganger i måneden ..... ☐  
 1 gang i uken eller oftere ☐

### 11b. Leker barnet ute?

Sjelden ☐ Ukentlig ☐ Daglig ☐

### 11c. Hvor mange timer per dag pleier barnet å se på TV og/eller sitte foran PC'en/Play Station? (Sett kryss)

Aldri/sjelden ..... ☐ Mindre enn ½ time per dag ☐  
 ½ - 1 time per dag ☐ 2-3 timer per dag ..... ☐  
 4 timer per dag ..... ☐ Mer enn 4 timer per dag ..... ☐

### 12a. Hvor har barnet vanligvis oppholdt seg på dagtid i alderen 5-6 år utenom obligatorisk skolegang?

Hjemme med mor/far/annet familiemedlem .... ☐  
 Hjemme med dagmamma, praktikant ..... ☐  
 Hos dagmamma/familiebarnehage ..... ☐  
 Barnehage ..... ☐  
 SFO. .... ☐  
 Annet ..... ☐  
 Hvis annet, beskriv: \_\_\_\_\_

### 12b. Hvor mange barn er barnet sammen med daglig (inkludert søsken)? .....

## B. BARNETS ERNÆRING

Her vil vi gjerne vite litt om barnets ernæring i alderen 5-6 år.

### 13. Hvor ofte har barnet fått følgende drikke i alderen 5-6 år? (Sett ett kryss for hver linje)

|                                                                | Aldri/<br>sjelden        | 1-3 ganger<br>per uke    | 4-6 ganger<br>per uke    | Minst 1 gang<br>daglig     | Hvis daglig:<br>Antall ganger per dag     |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| H-melk .....                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Lettmelk .....                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Skummet melk .....                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Ekstra lett melk med/uten smak .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Biola, alle typer produkter, naturell .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Biola, alle typer produkter med frukt/bær .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Yoghurt og andre surmelkstyper (ikke Biola), naturell .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Yoghurt og andre surmelkstyper (ikke Biola), tilsatt frukt/bær | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Sjokomelk o.l. beskriv: _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Vann fra springen (ikke til saft, grøt og lignende) .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Vann kjøpt på flaske .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Saft/nektar/leskedrikk, sukret .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Saft/nektar/leskedrikk, kunstig søtet .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Juice .....                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Brus .....                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Lettbrus .....                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annet 1, beskriv: _____                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annet 2, beskriv: _____                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |

## B. BARNETS ERNÆRING (fortsettelse)

14a. Har barnet fått tran, vitaminer eller annet tilskudd i alderen 5-6 år? Nei ☐ Ja ☐

14b. Hvis JA, kryss av for type kosttilskudd og hvor ofte barnet har fått dette i alderen 5-6 år.

|                                      | Hvor mye per gang?                 | Hvor ofte har barnet fått dette i alderen 5-6 år? |                          |                          |                           |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
|                                      |                                    | Daglig                                            | 3-6 ganger per uke       | 1-2 ganger per uke       | Mindre enn 1 gang per uke |
| Tran .....                           | <input type="checkbox"/> ml        | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Biovit .....                         | <input type="checkbox"/> ml        | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Sanasol .....                        | <input type="checkbox"/> ml        | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Nycoplus Multi vitaminmikstur .....  | <input type="checkbox"/> ml        | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Nycoplus Multi barn tabletter .....  | <input type="checkbox"/> tabletter | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Fluortabletter (ikke tannkrem) ..... | <input type="checkbox"/> tabletter | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Annet 1: .....                       | <input type="checkbox"/> .....     | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Annet 2: .....                       | <input type="checkbox"/> .....     | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |
| Annet 3: .....                       | <input type="checkbox"/> .....     | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  |

15. Hvor ofte har barnet fått følgende mat i alderen 5-6 år? (Sett ett kryss for hver linje)

|                                                                | Aldri                    | Sjelden                  | 1-3 ganger per uke       | 4-6 ganger per uke       | Minst 1 gang daglig        | Hvis daglig: Antall ganger per dag        |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| Brød med leverpostei .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Brød med kjøttpålegg .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Brød med fet fisk (f.eks sardin, makrell) .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Brød med brunost/prim .....                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Brød med annen ost .....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Brød med syltetøy/honning .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Brød med sjokolade-/nøttepålegg e.l. ....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annet pålegg .....                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Usøtede kornblandinger .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| (4-korn, All-Bran Flakes og lignende)                          |                          |                          |                          |                          |                            |                                           |
| Søtet müsli og müsli med tørket frukt .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annen frokostblanding, type: .....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Rent kjøtt, kjøttgryter, pølser kjøttkaker og lignende .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Fet fisk (makrell, laks, ørret, sild) ....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annen fisk og fiskeprodukter (fiskeboller, fiskepudding) ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Egg, kokt, stekt, eggerøre .....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Havregrøt, risgrøt og lignende .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Pannekaker .....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |

## B. BARNETS ERNÆRING (fortsettelse)

15. Hvor ofte har barnet fått følgende mat i alderen 5-6 år? (Sett ett kryss for hver linje)

|                                                              | Aldri                    | Sjelden                  | 1-3 ganger<br>per uke    | 4-6 ganger<br>per uke    | Minst 1 gang<br>daglig     | Hvis daglig:<br>Antall ganger per dag     |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|
| Poteter .....                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Pasta, spaghetti/nudler .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Ris .....                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Pizza, wraps, tacos, tortilla .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Erter, bønner, linser .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Andre kokte grønnsaker .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Rå grønnsaker, salat .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Frukt .....                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Rosiner eller annen tørket frukt .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Søt kjeks .....                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Kaker, vafler, boller .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Desserter .....                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Is, fløteis .....                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Is, saftis .....                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Sjokolade .....                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Smågodt, seigmenn, annet godteri                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Potetgull og liknende .....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annet 1: .....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annet 2: .....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annet 3: .....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annet 4: .....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Annet 5: .....                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Hvor ofte lages middagen av råvarer?<br>(ikke halvfabrikata) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <input type="text"/> <input type="text"/> |

### 16. BRØDVANER

Hvor mange skiver brød/knekkebrød spiser barnet daglig (til sammen)? Antall skiver

Hvor grovt er brødet barnet vanligvis spiser?

- Fint brød (loff) ..... ☐
- Mellomgrovt (kneipp o.l.) ..... ☐
- Grovbrød (fiberkneipp o.l.) ..... ☐
- Grovbrød (hjemmebakt) ..... ☐
- Knekkebrød ..... ☐

Brukes det vanligvis smør/margarin på brødet?

Nei ☐ Ja ☐

Hvis JA, hvilken type smør/margarin benyttes?

Smør ..... ☐

Margarin ..... ☐

Lettmargarin ..... ☐

Annet ..... ☐

Hvis ANNET – beskriv:

## C. MOR

17. Har du (barnets mor) i løpet av de siste to ukene vært plaget med noe av det følgende?

|                                                   | 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 anspent 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"/> |

## D. OPPLYSNINGER OM FAMILIEN

Her vil vi gjerne vite litt om mor, far og eventuelle søsken til barnet som deltar i MIDIA.

18. Har det skjedd noen endringer i forhold til barnets bosted, husdyrhold, sykdom i familien eller lignende siden dere fylte ut spørreskjema 8 (da barnet var ca. 5 år gammelt)?

|                                          | Nei                      | Ja                       |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Barnets boligadresse .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mor, far og barnets "samboerstatus" ...  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Husdyrhold .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bror eller søster i park/barnehage ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes eller annen sykdom i familien   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annet som du tror har betydning .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Skriv inn eventuelle andre endringer hvis JA:

---

---

---

---

---

---

Evt. ny boligadresse:

Adresse: \_\_\_\_\_

Postnummer og sted: \_\_\_\_\_

Kommune: \_\_\_\_\_

Telefonnr: \_\_\_\_\_

## E. DELTAGELSE I MIDIAPROSJEKTET

Her vil vi gjerne vite hvordan dere opplever det å være med i et forskningsprosjekt som MIDIA.

19. Har dere det siste året vært plaget av tanken på at barnet deres har økt arvelig risiko for diabetes?

|     | Tenker aldri på det      | Tenker av og til på det  | Tenker ofte på det       | Tenker daglig på det     |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Mor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Far | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Hvis det er noe dere vil fortelle eller utdype, skriv nedenfor (Fortsett eventuelt på eget ark)

21. Hvem har vært med å fylle ut spørreskjemaet?

(Kryss av for alle som har hjulpet til)

Barnets mor ..... ☐ Barnets far ☐

Barnets besteforeldre ☐ Andre ..... ☐

Hvis dere lurer på noe i forbindelse med utfyllingen av spørreskjemaet, kan dere ringe [MIDIA prosjektet](#) ved Folkehelseinstituttet på telefon 21 07 82 83, eller sende e-post til: [midia@fhi.no](mailto:midia@fhi.no)

**Tusen takk for samarbeidet så langt!**