

Medical Birth Registry of Norway



Melding om avsluttet svangerskap etter 12. uke – Fødsel, dødfødsel, spontanabort

Se utfyllingsinstruks for blankett på bakplan

Sosial- og helsedirektoratet

A – Stille opplysninger	Institusjonsnr.: <input type="text"/> Institusjonsnavn: <input type="text"/>		Fødsel utenfor institusjon: <input type="checkbox"/> Hjemme, planlagt <input type="checkbox"/> Hjemme, ikke planlagt <input type="checkbox"/> Under transport <input type="checkbox"/> Annet sted		Mors fulle navn og adresse: <input type="text"/>	
	Mors livssituasjon: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Ugift/enslig <input type="checkbox"/> Skilt/separert/enke	Slektskap mellom barnets foreldre? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Mors bosted: <input type="text"/>	Plassnavn (stedsnavn): <input type="text"/>	
B – Om svangerskap og mors helse	Fars fødselsdato: <input type="text"/>		Mors fødselsnr.: <input type="text"/>		Mors fulle navn: <input type="text"/>	
	Siste menstr. 1. blodtdag: <input type="text"/>	Sikker <input type="checkbox"/> Usikker <input type="checkbox"/>	Mors tidligere svangerskapslødte: <input type="text"/>	Lavende-fødsel: <input type="text"/>	Dødfødsel (24. uke og over): <input type="text"/>	Spontanabort/Dødfødsel (12–23. uke): <input type="text"/>
C – Om fødselen	Ultraplytt utført? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, UL termin: <input type="text"/>		Annen prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, angi type: <input type="text"/>		Patologiske funn ved prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvis bekreftet – spesifiser: <input type="text"/>	
	Spesielle forhold før svangerskapet: <input type="checkbox"/> Inntet spesielt <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Tidligere secto <input type="checkbox"/> Plas. utvekslingskjøp		Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Kronisk hypertensjon <input type="checkbox"/> Reumatoid artritt <input type="checkbox"/> Hjertesykdom		Epilepsi <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 <input type="checkbox"/> Diabetes type 2 <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «B»	
D – Om barnet	Spesielle forhold under svangerskapet: <input type="checkbox"/> Inntet spesielt <input type="checkbox"/> Blødning < 13 uke <input type="checkbox"/> Blødning 13–28 uke <input type="checkbox"/> Blødning > 28 uke <input type="checkbox"/> Glukosuri <input type="checkbox"/> Svangerskapsdiabetes		Hypertensjon alene <input type="checkbox"/> Preeklampsi lett <input type="checkbox"/> Preeklampsi alvorlig <input type="checkbox"/> Preeklampsi før 34. uke <input type="checkbox"/> HELLP syndrom		Eklampsi <input type="checkbox"/> Hb < 6.0 g/dl <input type="checkbox"/> Hb > 13.5 g/dl <input type="checkbox"/> Trombose, beh. <input type="checkbox"/> Ja – spesifiser i «B»	
	Røyking og yrke Fortsatser mors røyking – se notisering på bakplan <input type="checkbox"/> Skriftlig orientering gitt til mor <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for røykeoppl.		Røykte mor ved sv.sk. begynnelse? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> - ved sv.sk. avslutning?		Mors yrke <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for yrkesoppl. <input type="checkbox"/> Ikke yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv heltid <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv deltid	
E – Om fødselen	Lidelse/presentasjon: <input type="checkbox"/> Normal bakhode <input type="checkbox"/> Tverrelie <input type="checkbox"/> Avvikende hodefødsel <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»		Fødselstidspunkt: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Indusert <input type="checkbox"/> Sectio		Ev. Induksjonsmetode: <input type="checkbox"/> Prostoglandin <input type="checkbox"/> Oxytocin <input type="checkbox"/> Amniotomi <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i «C»	
	Inngrepp/tiltak: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Utsk. lang, hodeleie <input type="checkbox"/> Annen lang, hodeleie <input type="checkbox"/> Vakuumekstraktor <input type="checkbox"/> Epistomi		Fremtj. ved setefødsel: <input type="checkbox"/> Vanlig fremtj.opp <input type="checkbox"/> Uttrekking <input type="checkbox"/> Tang på etterk. hode		Sectio: <input type="checkbox"/> Var sectio planlagt for fødsel? <input type="checkbox"/> Utført som elektiv sectio <input type="checkbox"/> Utført som akutt sectio	
F – Om fødselen	Komplikasjoner: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Vannveg. 12–24 timer <input type="checkbox"/> Vannveg. > 24 timer <input type="checkbox"/> Mekaniske mistforhold <input type="checkbox"/> Vanskelig skulderfordeling		Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placentae <input type="checkbox"/> Perinearruptur (grad 1-2) <input type="checkbox"/> Sprindruptur (gr. 3-4)		Blød. > 1500 ml, transf. <input type="checkbox"/> Blødning 500–1500 ml <input type="checkbox"/> Eklampsi under fødsel <input type="checkbox"/> Navlesnorfeil	
	Anestesi/analgesi: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lysgass <input type="checkbox"/> Pethidin		Epidural <input type="checkbox"/> Spinal		Pudendal <input type="checkbox"/> Paracervical blokk <input type="checkbox"/> Narkose <input type="checkbox"/> Annet:	
G – Om fødselen	Placenta: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hinneseter <input type="checkbox"/> Utulstendig <input type="checkbox"/> Infanter		Navlesnor: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Velmentet faste <input type="checkbox"/> Marginalt faste <input type="checkbox"/> Karanomali		Føstevann: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Polyhydramnion <input type="checkbox"/> Oligohydramnion	
	Fødselsdato: <input type="text"/>		Klokken: <input type="text"/>		Kjønn: <input type="checkbox"/> Guttt <input type="checkbox"/> Plike	
H – Om fødselen	Barnet var: <input type="checkbox"/> Levendefødt <input type="checkbox"/> Dødfødsel/abort Oppgi dødsårsak i «D»		For dødfødsel: <input type="checkbox"/> Død før fødsel <input type="checkbox"/> Død under fødselen <input type="checkbox"/> Ukjent dødsdødsstidspunkt		Levendefødt, død innen 24 timer: <input type="checkbox"/> Livet varle: <input type="text"/> Timer <input type="checkbox"/> Min.	
	Overfl. barnveid. <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Dato: <input type="text"/>		Indikasjon for overflytting: <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Respirasjonsproblemer	
I – Om fødselen	Neonatale diagn. (Fyll ut av lege/pedlater): <input type="checkbox"/> Inntet spesielt <input type="checkbox"/> Hypoglyk. (< 2 mmol/l) <input type="checkbox"/> Mødt anemi (Hb < 13.5 g/dl) <input type="checkbox"/> Hufteleddsoppst. beh. m/pute		Transit. tachyproe <input type="checkbox"/> Cerebral inntasjon <input type="checkbox"/> Cerebral depresjon <input type="checkbox"/> Absthens		Behandlingskoder: <input type="checkbox"/> Systemisk antibiotika <input type="checkbox"/> Respiratorbeh. <input type="checkbox"/> CPAP beh.	
	Tegn til medfødte misdannelser: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja		Spesifikasjon av skader, neonatale diagnoser og medfødte misdannelser – utfyll av lege		Icterus behandlet: <input type="checkbox"/> Lysebehandling <input type="checkbox"/> Utskifting <input type="checkbox"/> Ansak: <input type="checkbox"/> ABO utforik <input type="checkbox"/> RH immunisering <input type="checkbox"/> Fysiologisk <input type="checkbox"/> Annen ansak	
Protokollnr.: <input type="text"/>		Jordmor vitasette: <input type="text"/>		Utskrivningsdato: <input type="text"/>		
Lega barseil/barnveid: <input type="text"/>		Jordmor vitaskrivning: <input type="text"/>		Mor: <input type="text"/>		

Questionnaire 1

By 2006 three different Questionnaireionnaires were developed for Questionnaire1; 1a, 1b and 1c. All Questionnaireionnaires had the same Questionnaireions regarding UI.

den norske *Mor & barn undersøkelsen*

+

Spørreskjema 1

+

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

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

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

Tall: Bokstaver:

- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver ett et-sifret tall bruker du den høyre ruten. Eksempel: 5 skrives slik:
- Flere steder i skjemaet ber vi om at du angir svaret i forhold til antall svangerskapsuker. Eksempel: *Hvis du skal angi noe som skjedde 5 uker etter siste menstruasjon, krysser du av for uke 5.*
- Spesielle opplysninger som f.eks. *medikamenter og yrke* skriver du fritt inne i boksene eller på de åpne linjene. *Vennligst skriv tydelig med STORE BOKSTAVER.*
- Husk å fylle ut dato for utfylling av skjemaet

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

Tidligere og nåværende sykdommer og helseplager

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

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

Prevensjon og graviditet

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

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

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

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

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

år

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

- Nei
 Ja

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

uker

16. Var dette svangerskapet planlagt?

- Nei
 Ja

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

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

måneder hvis mer enn 3 måneder

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

- Nei (Gå til spørsmål 21.)
 Ja

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

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

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

- Nei
 Ja

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

måneder eller år

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

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

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

- Nei
 Ja

24. Hvis ja, var det i forbindelse med dette svangerskapet eller tidligere svangerskap og hva slags behandling var det? (Sett eventuelt flere kryss.)

	Tidligere svangerskap	Dette svangerskap
Operasjon på eggledere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen form for operasjon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisiner mot endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonbehandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inseminasjon (innsprøytning av sæd)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proverørsmetoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Nei
 Ja

26. Hva var blodtrykket ditt ved første svangerskapskontroll? (Se i helsekortet ditt.)

/ Eks. 150 / 95

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

Da jeg ble gravid: kg Nå: kg

28. Hvor høy er du?

cm

29. Hvor høy (ca.) er barnets far?

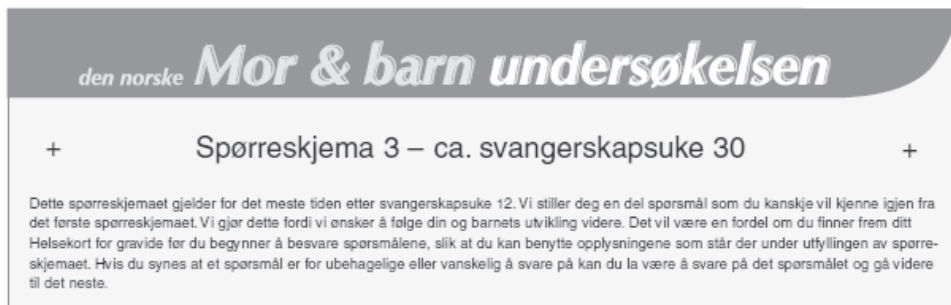
cm

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

kg

Questionnaire 3

By 2006 three different Questionnaireionnaires were developed for Questionnaire3; 3a, 3b and 3c. All Questionnaireionnaires had the same Questionnaireions regarding UI.



The image shows the cover of a questionnaire titled "den norske Mor & barn undersøkelsen". The title is in a stylized font with "den norske" in a smaller font and "Mor & barn undersøkelsen" in a larger, bold font. Below the title, there is a section header "Spørreskjema 3 – ca. svangerskapsuke 30" flanked by plus signs. Below this, there is a paragraph of text in Norwegian explaining the purpose of the questionnaire and providing instructions for the respondent.

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.

Questionnaire 4

By 2006 three different Questionnaireionnaires were developed for Questionnaire3; 3a, 3b and 3c. All Questionnaireionnaires had the same Questionnaireions regarding UI.



den norske **Mor & barn undersøkelsen**

+

Spørreskjema 4 - Når barnet er ca. 6 måneder gammel

Dette spørreskjemaet er to-delt. Den første delen dreier seg om barnet, den andre delen handler om deg selv. Det ville være en fordel om du finner frem barnets helsekort før du begynner, slik at du kan benytte opplysningene som står der under utfyllingen av spørreskjemaet. Hvis du synes at et spørsmål er vanskelig å svare på, kan du hoppe over det og gå videre til neste spørsmål.

Hvis du fikk tvillinger eller trillinger vennligst fyll ut et spørreskjema for hvert barn.

68. Hvor mye veide du ved slutten av svangerskapet og hvor mye veier du nå?

Ved slutten av svangerskapet kg

Nå kg +

69. Var du helt eller delvis sykemeldt etter svangerskapsuke 30? (Regn ikke med fødselspermisjon)

- Nei (gå til spørsmål 71)
 Ja, delvis sykemeldt
 Ja, helt sykemeldt +

70. Hvis du har vært sykemeldt etter svangerskapsuke 30, fyll ut i tabellen nedenfor med en linje for hver sykemelding. Angi årsaken og kryss av i hvilke svangerskapsuker du var sykemeldt. Oppgi hvor mange dager og hvor mange prosent du var sykemeldt hver gang.

Årsak til sykemelding:

Eksempel: bekkenløsning

Var sykemeldt i svangerskapsuker

	30-33	34-37	38+	Antall dager	% sykemeldt
<u>Eksempel: bekkenløsning</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 50
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Økonomi - livsstil

71. Er økonomien slik at du/dere vil ha mulighet til å klare en uforutsett regning på kr. 3000,- til f. eks. tannlege eller en reparasjon?

- Nei
 Ja
 Vet ikke +

72. Har det i løpet av de siste 6 måneder hendt at du/dere har hatt vansker med å klare løpende utgifter til mat, transport, husleie og lignende?

- Nei, aldri
 Ja, en sjelden gang
 Ja, av og til
 Ja, ofte

73. Er det dyr i barnets hjem?

- Nei
 Ja +

74. Hvis ja, hvilke(t) dyr? (Sett eventuelt flere kryss.)

- Hund
 Katt
 Marsvin, kanin, mus, rotte eller lign.
 Undulat, annen fugl
 Annet dyr: _____

75. Har dere oppvarming med elektriske varmekabler i gulvet i rom hvor barnet oppholder seg?

- Nei
 Ja

76. Hvis ja, i hvilke rom? (Sett eventuelt flere kryss.)

- Stue
 Kjøkken
 Barnerom
 Soverom
 Gang
 Bad
 Andre rom +

77. 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"/>