

## Medical Birth Registry of Norway

 Melding om avsluttet svangerskap etter 12. uke – Fødsel, dødfødsel, spontanabortion Søkmyndighetsstrukts for brukeren på brukssiden		<b>Melding om avsluttet svangerskap etter 12. uke – Fødsel, dødfødsel, spontanabortion</b> <b>Sosial- og helsedirektoratet</b>																																																																																																																																																																			
<b>A - Slike opplysninger</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Institusjonsnr: <input type="text" value="Institusjonsnavn"/></td> <td style="width: 50%;">Fødsel utenfor institusjon: <input type="checkbox"/> Hjemme, planlagt <input type="checkbox"/> Hjemme, ikke planlagt <input type="checkbox"/> Under transport <input type="checkbox"/> Annet sted</td> <td colspan="2" style="width: 50%;">Mors fullt navn og adresse Plassnavn (etternavn):</td> </tr> <tr> <td>Mors sivilstatus: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ugift/engasjert <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Skilt/separert/venne</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Slektskap mellom barnets foreldre: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvilnes des</td> <td>Mors bokommune</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Fars fødselsdato</td> <td>Fars fullt navn</td> <td colspan="2">Mors fødselsnr:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Siste menige: 1. bloddag <input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Usikker</td> <td>Mors tidligere svangerskapstidte</td> <td>Lavendeføde</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Ultralyd utført? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> Ja, termin: _____</td> <td>Annen prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Ja, angi type: _____</td> <td>Dødføde (24. uke og over)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td>Spontanabortion/dødføde (12-23. uke)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td>Spontanaborer (under 12. uke)</td> </tr> </table>		Institusjonsnr: <input type="text" value="Institusjonsnavn"/>	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 fullt navn og adresse Plassnavn (etternavn):		Mors sivilstatus: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ugift/engasjert <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Skilt/separert/venne				Slektskap mellom barnets foreldre: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvilnes des	Mors bokommune			Fars fødselsdato	Fars fullt navn	Mors fødselsnr:		Siste menige: 1. bloddag <input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Usikker		Mors tidligere svangerskapstidte	Lavendeføde	Ultralyd utført? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> Ja, termin: _____		Annen prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Ja, angi type: _____	Dødføde (24. uke og over)				Spontanabortion/dødføde (12-23. uke)				Spontanaborer (under 12. uke)	<b>B - Om svangerskap og mors helse</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Spesielle forhold for svangerskapet: <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Intet speselt <input type="checkbox"/> Tidligere sectio <input type="checkbox"/> Res. utvekslingsleksjon</td> <td>Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Kronisk hyperthyreose <input type="checkbox"/> Reumatoid artritt <input type="checkbox"/> Hjernesykom</td> <td>Epilepsi <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 <input type="checkbox"/> Diabetes type 2 <input type="checkbox"/> Multivitaminer <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i &gt;B <input type="checkbox"/> Poli/Polysyke</td> <td>Regelmessig kosttilskudd: <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Far øvsk. i svk. <input type="checkbox"/> Legemidler i svangerskapet: <input type="checkbox"/> Ekamptil <input type="checkbox"/> Hb &lt; 9.0 g/dl <input type="checkbox"/> Hb &gt; 13.5 g/dl <input type="checkbox"/> Preeklampsia lett <input type="checkbox"/> Preeklampsia alvorlig <input type="checkbox"/> Preeklampsia for 34 uker <input type="checkbox"/> Trombose, bel <input type="checkbox"/> Innsjøs. spes. i &gt;B <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i &gt;B</td> <td>Patologiske funn ved prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Ja, hvil. hvil. berekhet – spesifiser</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Spesielle forhold under svangerskapet: <input type="checkbox"/> Blodning &lt; 13 uke <input type="checkbox"/> Blodning 13-28 uke <input type="checkbox"/> Blodning &gt; 28 uke <input type="checkbox"/> Smittlig oversettelse <input type="checkbox"/> Smittegjær ikke for mykoppi.</td> <td>Hypertension alene <input type="checkbox"/> Blodning &gt; 28 uke <input type="checkbox"/> Gruksur <input type="checkbox"/> Svangerskapsdiabetes</td> <td>Hypertension alene <input type="checkbox"/> Preeklampsia lett <input type="checkbox"/> Preeklampsia alvorlig <input type="checkbox"/> Preeklampsia for 34 uker <input type="checkbox"/> Trombose, bel <input type="checkbox"/> Innsjøs. spes. i &gt;B <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i &gt;B</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Røyking og yrke: Røykende mor ved svk. begynnelsen? – ja røykende på fødselen <input type="checkbox"/> Smittlig orientering gitt til mor – ved svk. evaluering? <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for mykoppi.</td> <td>Nel <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Ant. sig. daglig</td> <td>Mors yrke <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for yrkesoppl. <input type="checkbox"/> Ikke yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv høstid <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv døftid</td> <td>Mors yrke <input type="checkbox"/> Bransje:</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Leile/presentasjon: <input type="checkbox"/> Sette <input type="checkbox"/> Normal bakhode <input type="checkbox"/> Tverrele <input type="checkbox"/> Avkrende hodefødsel <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i &gt;C</td> <td>Fødselstart: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Indusert <input type="checkbox"/> Sectio</td> <td>Ex. Induksjons-metode: <input type="checkbox"/> Prostaglandin <input type="checkbox"/> Oxytozin <input type="checkbox"/> Amniotomi <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i &gt;C</td> <td>Indikasjon for innlegg og/eller induksjon: <input type="checkbox"/> Utart som elektryk sectio <input type="checkbox"/> Utart som akutt sectio</td> <td>Komplikasjoner som beskrevet nedenfor <input type="checkbox"/> Postpartumblått <input type="checkbox"/> Overlid <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i &gt;C</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Innrep/tittak: <input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> Annen tang, hodeltele <input type="checkbox"/> Vakuumekstraktor <input type="checkbox"/> Epistomi</td> <td>Fremhj. ved setefødet: <input type="checkbox"/> Vanlig fremhjep <input type="checkbox"/> Utrækning <input type="checkbox"/> Tang på øterk. hode</td> <td>Sette: <input type="checkbox"/> Var sectio planlagt før fødsel? <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Utart som elektryk sectio <input type="checkbox"/> Utart som akutt sectio</td> <td></td> <td>Spesifikasjon av forhold ved fødselen/andre komplikasjoner <input type="checkbox"/> Komplikasjoner ved fødselen</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Komplikasjoner: <input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> Vannavg. 12-24 timer <input type="checkbox"/> Vannavg. &gt; 24 timer <input type="checkbox"/> Mekaniske mistomofid <input type="checkbox"/> Vanskelig skaderfordelning</td> <td>Placenta: <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placaeae <input type="checkbox"/> Perinealruptur (grad 1-2) <input type="checkbox"/> Splintertemperatur (gr. 3-4)</td> <td>Placenta previa <input type="checkbox"/> Blodn &gt; 1500 ml, transf. <input type="checkbox"/> Blodning 500-1500 ml <input type="checkbox"/> Risivæksla, stimulert <input type="checkbox"/> Ekamptil under fødsel <input type="checkbox"/> Langsom hremgang <input type="checkbox"/> Navelvenstrefall <input type="checkbox"/> Uterus atonic <input type="checkbox"/> Annet:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Anestesi/Analgezi: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lysgass <input type="checkbox"/> Petidin</td> <td>Anestesi/Analgezi: <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Spinal</td> <td>Pudendal <input type="checkbox"/> Infiltrasjon</td> <td>Paracervical blokk <input type="checkbox"/> Narkose <input type="checkbox"/> Annet:</td> <td>Komplikasjoner hos mor etter fødsel <input type="checkbox"/> Inlett speslett <input type="checkbox"/> Mor overflyttet <input type="checkbox"/> Feber &gt; 38.5° <input type="checkbox"/> Trombose <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Ekamptil post partum <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fødselsdato</td> <td>Klokken</td> <td>Plustidet <input type="checkbox"/> Enkeltfødsel <input type="checkbox"/> Flertidfødsel</td> <td>For føretidsele: <input type="checkbox"/> Av totat <input type="checkbox"/> For dødtføtte <input type="checkbox"/> Ukjent kamm</td> <td>Kjenn <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Pike <input type="checkbox"/> Barnets vekt <input type="checkbox"/> Ved til spesifiser i &gt;D <input type="checkbox"/> For dødtføtte <input type="checkbox"/> Ukjent kamm <input type="checkbox"/> Hode-omkrets <input type="checkbox"/> Eventuell sør-ssamtid</td> <td>Total lengde: <input type="checkbox"/> 1 min</td> <td>Agar score: <input type="checkbox"/> 5 min</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Barnet var:</td> <td>For fødtføde: <input type="checkbox"/> Levendefødt <input type="checkbox"/> Dødfødt/abort <input type="checkbox"/> Cppgl dødsårsak i &gt;D+</td> <td>For dødføde, oppgi også: <input type="checkbox"/> Død under fødselen <input type="checkbox"/> Død etter innkomst <input type="checkbox"/> Ukjent dødsstoppunkt <input type="checkbox"/> Død etter innkomst</td> <td>Levendefødt, død innen 24 timer <input type="checkbox"/> Livet varle: Timer <input type="checkbox"/> Min.</td> <td></td> <td>Død senere (dato):</td> <td>Klokken</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Overfl. barmeavd. <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Ja Dato:</td> <td>Overt til</td> <td>Indikasjon for overflytting: <input type="checkbox"/> Preterm <input type="checkbox"/> Cerebral infeksjon <input type="checkbox"/> Konjunktivt beh. <input type="checkbox"/> Rept. claviculae <input type="checkbox"/> Navel/hudint. beh. <input type="checkbox"/> Annen fraktur <input type="checkbox"/> Perinat. inf. baderleie <input type="checkbox"/> Facialspasme <input type="checkbox"/> Respiratorbeh. <input type="checkbox"/> CPAP beh.</td> <td>Respirasjonsproblem <input type="checkbox"/> Meddøde misid <input type="checkbox"/> Perinatale infeksjoner</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Neonatale diagno.: (Fyller ut av legedoktorer) <input type="checkbox"/> Hypoglyk. (&lt; 2 mmol/l) <input type="checkbox"/> Med. anemi (Hb &lt; 13.5 g/dl) <input type="checkbox"/> Hotheitdssykl. beh. m/pute <input type="checkbox"/> Intrakranial blodning</td> <td>Aspirasjons-syndrom <input type="checkbox"/> Abstinsens <input type="checkbox"/> Neonatale kramp <input type="checkbox"/> Perinat. int. andre <input type="checkbox"/> Plexus-kade</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tegn til medføde/misføde: <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Ja</td> <td>Spesifikasjon av skader, neonatale diagnoser og medføde/misføde – utlyses av lege</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Krys av hvil. skjema er oppfølgingsskjema</td> <td>Jordmor vifødsel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Protokollnr.: /</td> <td>Jordmor vifødsel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Legeskrift</td> <td>Legeskrift</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Utskrivningsdato</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mor:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Barn:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		Spesielle forhold for svangerskapet: <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Intet speselt <input type="checkbox"/> Tidligere sectio <input type="checkbox"/> Res. utvekslingsleksjon		Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Kronisk hyperthyreose <input type="checkbox"/> Reumatoid artritt <input type="checkbox"/> Hjernesykom	Epilepsi <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 <input type="checkbox"/> Diabetes type 2 <input type="checkbox"/> Multivitaminer <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >B <input type="checkbox"/> Poli/Polysyke	Regelmessig kosttilskudd: <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Far øvsk. i svk. <input type="checkbox"/> Legemidler i svangerskapet: <input type="checkbox"/> Ekamptil <input type="checkbox"/> Hb < 9.0 g/dl <input type="checkbox"/> Hb > 13.5 g/dl <input type="checkbox"/> Preeklampsia lett <input type="checkbox"/> Preeklampsia alvorlig <input type="checkbox"/> Preeklampsia for 34 uker <input type="checkbox"/> Trombose, bel <input type="checkbox"/> Innsjøs. spes. i >B <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >B	Patologiske funn ved prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Ja, hvil. hvil. berekhet – spesifiser	Spesielle forhold under svangerskapet: <input type="checkbox"/> Blodning < 13 uke <input type="checkbox"/> Blodning 13-28 uke <input type="checkbox"/> Blodning > 28 uke <input type="checkbox"/> Smittlig oversettelse <input type="checkbox"/> Smittegjær ikke for mykoppi.		Hypertension alene <input type="checkbox"/> Blodning > 28 uke <input type="checkbox"/> Gruksur <input type="checkbox"/> Svangerskapsdiabetes	Hypertension alene <input type="checkbox"/> Preeklampsia lett <input type="checkbox"/> Preeklampsia alvorlig <input type="checkbox"/> Preeklampsia for 34 uker <input type="checkbox"/> Trombose, bel <input type="checkbox"/> Innsjøs. spes. i >B <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >B			Røyking og yrke: Røykende mor ved svk. begynnelsen? – ja røykende på fødselen <input type="checkbox"/> Smittlig orientering gitt til mor – ved svk. evaluering? <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for mykoppi.		Nel <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Ant. sig. daglig	Mors yrke <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for yrkesoppl. <input type="checkbox"/> Ikke yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv høstid <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv døftid	Mors yrke <input type="checkbox"/> Bransje:		Leile/presentasjon: <input type="checkbox"/> Sette <input type="checkbox"/> Normal bakhode <input type="checkbox"/> Tverrele <input type="checkbox"/> Avkrende hodefødsel <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >C		Fødselstart: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Indusert <input type="checkbox"/> Sectio	Ex. Induksjons-metode: <input type="checkbox"/> Prostaglandin <input type="checkbox"/> Oxytozin <input type="checkbox"/> Amniotomi <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >C	Indikasjon for innlegg og/eller induksjon: <input type="checkbox"/> Utart som elektryk sectio <input type="checkbox"/> Utart som akutt sectio	Komplikasjoner som beskrevet nedenfor <input type="checkbox"/> Postpartumblått <input type="checkbox"/> Overlid <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >C	Innrep/tittak: <input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> Annen tang, hodeltele <input type="checkbox"/> Vakuumekstraktor <input type="checkbox"/> Epistomi		Fremhj. ved setefødet: <input type="checkbox"/> Vanlig fremhjep <input type="checkbox"/> Utrækning <input type="checkbox"/> Tang på øterk. hode	Sette: <input type="checkbox"/> Var sectio planlagt før fødsel? <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Utart som elektryk sectio <input type="checkbox"/> Utart som akutt sectio		Spesifikasjon av forhold ved fødselen/andre komplikasjoner <input type="checkbox"/> Komplikasjoner ved fødselen	Komplikasjoner: <input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> Vannavg. 12-24 timer <input type="checkbox"/> Vannavg. > 24 timer <input type="checkbox"/> Mekaniske mistomofid <input type="checkbox"/> Vanskelig skaderfordelning		Placenta: <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placaeae <input type="checkbox"/> Perinealruptur (grad 1-2) <input type="checkbox"/> Splintertemperatur (gr. 3-4)	Placenta previa <input type="checkbox"/> Blodn > 1500 ml, transf. <input type="checkbox"/> Blodning 500-1500 ml <input type="checkbox"/> Risivæksla, stimulert <input type="checkbox"/> Ekamptil under fødsel <input type="checkbox"/> Langsom hremgang <input type="checkbox"/> Navelvenstrefall <input type="checkbox"/> Uterus atonic <input type="checkbox"/> Annet:			Anestesi/Analgezi: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lysgass <input type="checkbox"/> Petidin		Anestesi/Analgezi: <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Spinal	Pudendal <input type="checkbox"/> Infiltrasjon	Paracervical blokk <input type="checkbox"/> Narkose <input type="checkbox"/> Annet:	Komplikasjoner hos mor etter fødsel <input type="checkbox"/> Inlett speslett <input type="checkbox"/> Mor overflyttet <input type="checkbox"/> Feber > 38.5° <input type="checkbox"/> Trombose <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Ekamptil post partum <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser	Fødselsdato		Klokken	Plustidet <input type="checkbox"/> Enkeltfødsel <input type="checkbox"/> Flertidfødsel	For føretidsele: <input type="checkbox"/> Av totat <input type="checkbox"/> For dødtføtte <input type="checkbox"/> Ukjent kamm	Kjenn <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Pike <input type="checkbox"/> Barnets vekt <input type="checkbox"/> Ved til spesifiser i >D <input type="checkbox"/> For dødtføtte <input type="checkbox"/> Ukjent kamm <input type="checkbox"/> Hode-omkrets <input type="checkbox"/> Eventuell sør-ssamtid	Total lengde: <input type="checkbox"/> 1 min	Agar score: <input type="checkbox"/> 5 min	Barnet var:		For fødtføde: <input type="checkbox"/> Levendefødt <input type="checkbox"/> Dødfødt/abort <input type="checkbox"/> Cppgl dødsårsak i >D+	For dødføde, oppgi også: <input type="checkbox"/> Død under fødselen <input type="checkbox"/> Død etter innkomst <input type="checkbox"/> Ukjent dødsstoppunkt <input type="checkbox"/> Død etter innkomst	Levendefødt, død innen 24 timer <input type="checkbox"/> Livet varle: Timer <input type="checkbox"/> Min.		Død senere (dato):	Klokken	Overfl. barmeavd. <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Ja Dato:		Overt til	Indikasjon for overflytting: <input type="checkbox"/> Preterm <input type="checkbox"/> Cerebral infeksjon <input type="checkbox"/> Konjunktivt beh. <input type="checkbox"/> Rept. claviculae <input type="checkbox"/> Navel/hudint. beh. <input type="checkbox"/> Annen fraktur <input type="checkbox"/> Perinat. inf. baderleie <input type="checkbox"/> Facialspasme <input type="checkbox"/> Respiratorbeh. <input type="checkbox"/> CPAP beh.	Respirasjonsproblem <input type="checkbox"/> Meddøde misid <input type="checkbox"/> Perinatale infeksjoner				Neonatale diagno.: (Fyller ut av legedoktorer) <input type="checkbox"/> Hypoglyk. (< 2 mmol/l) <input type="checkbox"/> Med. anemi (Hb < 13.5 g/dl) <input type="checkbox"/> Hotheitdssykl. beh. m/pute <input type="checkbox"/> Intrakranial blodning		Aspirasjons-syndrom <input type="checkbox"/> Abstinsens <input type="checkbox"/> Neonatale kramp <input type="checkbox"/> Perinat. int. andre <input type="checkbox"/> Plexus-kade						Tegn til medføde/misføde: <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Ja		Spesifikasjon av skader, neonatale diagnoser og medføde/misføde – utlyses av lege						Krys av hvil. skjema er oppfølgingsskjema		Jordmor vifødsel						Protokollnr.: /		Jordmor vifødsel						Legeskrift		Legeskrift						Utskrivningsdato								Mor:								Barn:							
Institusjonsnr: <input type="text" value="Institusjonsnavn"/>	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 fullt navn og adresse Plassnavn (etternavn):																																																																																																																																																																			
Mors sivilstatus: <input type="checkbox"/> Gift <input type="checkbox"/> Ugift/engasjert <input type="checkbox"/> Samboer <input type="checkbox"/> Skilt/separert/venne																																																																																																																																																																					
Slektskap mellom barnets foreldre: <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvilnes des	Mors bokommune																																																																																																																																																																				
Fars fødselsdato	Fars fullt navn	Mors fødselsnr:																																																																																																																																																																			
Siste menige: 1. bloddag <input type="checkbox"/> Sikker <input type="checkbox"/> Usikker		Mors tidligere svangerskapstidte	Lavendeføde																																																																																																																																																																		
Ultralyd utført? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> Ja, termin: _____		Annen prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Ja, angi type: _____	Dødføde (24. uke og over)																																																																																																																																																																		
			Spontanabortion/dødføde (12-23. uke)																																																																																																																																																																		
			Spontanaborer (under 12. uke)																																																																																																																																																																		
Spesielle forhold for svangerskapet: <input type="checkbox"/> Astma <input type="checkbox"/> Allergi <input type="checkbox"/> Intet speselt <input type="checkbox"/> Tidligere sectio <input type="checkbox"/> Res. utvekslingsleksjon		Kronisk nyresykdom <input type="checkbox"/> Kronisk hyperthyreose <input type="checkbox"/> Reumatoid artritt <input type="checkbox"/> Hjernesykom	Epilepsi <input type="checkbox"/> Diabetes type 1 <input type="checkbox"/> Diabetes type 2 <input type="checkbox"/> Multivitaminer <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >B <input type="checkbox"/> Poli/Polysyke	Regelmessig kosttilskudd: <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Far øvsk. i svk. <input type="checkbox"/> Legemidler i svangerskapet: <input type="checkbox"/> Ekamptil <input type="checkbox"/> Hb < 9.0 g/dl <input type="checkbox"/> Hb > 13.5 g/dl <input type="checkbox"/> Preeklampsia lett <input type="checkbox"/> Preeklampsia alvorlig <input type="checkbox"/> Preeklampsia for 34 uker <input type="checkbox"/> Trombose, bel <input type="checkbox"/> Innsjøs. spes. i >B <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >B	Patologiske funn ved prenatal diagnostikk? <input type="checkbox"/> Ja, hvil. hvil. berekhet – spesifiser																																																																																																																																																																
Spesielle forhold under svangerskapet: <input type="checkbox"/> Blodning < 13 uke <input type="checkbox"/> Blodning 13-28 uke <input type="checkbox"/> Blodning > 28 uke <input type="checkbox"/> Smittlig oversettelse <input type="checkbox"/> Smittegjær ikke for mykoppi.		Hypertension alene <input type="checkbox"/> Blodning > 28 uke <input type="checkbox"/> Gruksur <input type="checkbox"/> Svangerskapsdiabetes	Hypertension alene <input type="checkbox"/> Preeklampsia lett <input type="checkbox"/> Preeklampsia alvorlig <input type="checkbox"/> Preeklampsia for 34 uker <input type="checkbox"/> Trombose, bel <input type="checkbox"/> Innsjøs. spes. i >B <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >B																																																																																																																																																																		
Røyking og yrke: Røykende mor ved svk. begynnelsen? – ja røykende på fødselen <input type="checkbox"/> Smittlig orientering gitt til mor – ved svk. evaluering? <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for mykoppi.		Nel <input type="checkbox"/> Daglig <input type="checkbox"/> Av og til <input type="checkbox"/> Ant. sig. daglig	Mors yrke <input type="checkbox"/> Samtykker ikke for yrkesoppl. <input type="checkbox"/> Ikke yrkesaktiv <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv høstid <input type="checkbox"/> Yrkesaktiv døftid	Mors yrke <input type="checkbox"/> Bransje:																																																																																																																																																																	
Leile/presentasjon: <input type="checkbox"/> Sette <input type="checkbox"/> Normal bakhode <input type="checkbox"/> Tverrele <input type="checkbox"/> Avkrende hodefødsel <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >C		Fødselstart: <input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Indusert <input type="checkbox"/> Sectio	Ex. Induksjons-metode: <input type="checkbox"/> Prostaglandin <input type="checkbox"/> Oxytozin <input type="checkbox"/> Amniotomi <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >C	Indikasjon for innlegg og/eller induksjon: <input type="checkbox"/> Utart som elektryk sectio <input type="checkbox"/> Utart som akutt sectio	Komplikasjoner som beskrevet nedenfor <input type="checkbox"/> Postpartumblått <input type="checkbox"/> Overlid <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser i >C																																																																																																																																																																
Innrep/tittak: <input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> Annen tang, hodeltele <input type="checkbox"/> Vakuumekstraktor <input type="checkbox"/> Epistomi		Fremhj. ved setefødet: <input type="checkbox"/> Vanlig fremhjep <input type="checkbox"/> Utrækning <input type="checkbox"/> Tang på øterk. hode	Sette: <input type="checkbox"/> Var sectio planlagt før fødsel? <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Utart som elektryk sectio <input type="checkbox"/> Utart som akutt sectio		Spesifikasjon av forhold ved fødselen/andre komplikasjoner <input type="checkbox"/> Komplikasjoner ved fødselen																																																																																																																																																																
Komplikasjoner: <input type="checkbox"/> ingen <input type="checkbox"/> Vannavg. 12-24 timer <input type="checkbox"/> Vannavg. > 24 timer <input type="checkbox"/> Mekaniske mistomofid <input type="checkbox"/> Vanskelig skaderfordelning		Placenta: <input type="checkbox"/> Placenta previa <input type="checkbox"/> Abruptio placaeae <input type="checkbox"/> Perinealruptur (grad 1-2) <input type="checkbox"/> Splintertemperatur (gr. 3-4)	Placenta previa <input type="checkbox"/> Blodn > 1500 ml, transf. <input type="checkbox"/> Blodning 500-1500 ml <input type="checkbox"/> Risivæksla, stimulert <input type="checkbox"/> Ekamptil under fødsel <input type="checkbox"/> Langsom hremgang <input type="checkbox"/> Navelvenstrefall <input type="checkbox"/> Uterus atonic <input type="checkbox"/> Annet:																																																																																																																																																																		
Anestesi/Analgezi: <input type="checkbox"/> Ingen <input type="checkbox"/> Lysgass <input type="checkbox"/> Petidin		Anestesi/Analgezi: <input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Spinal	Pudendal <input type="checkbox"/> Infiltrasjon	Paracervical blokk <input type="checkbox"/> Narkose <input type="checkbox"/> Annet:	Komplikasjoner hos mor etter fødsel <input type="checkbox"/> Inlett speslett <input type="checkbox"/> Mor overflyttet <input type="checkbox"/> Feber > 38.5° <input type="checkbox"/> Trombose <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Ekamptil post partum <input type="checkbox"/> Annet, spesifiser																																																																																																																																																																
Fødselsdato		Klokken	Plustidet <input type="checkbox"/> Enkeltfødsel <input type="checkbox"/> Flertidfødsel	For føretidsele: <input type="checkbox"/> Av totat <input type="checkbox"/> For dødtføtte <input type="checkbox"/> Ukjent kamm	Kjenn <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Pike <input type="checkbox"/> Barnets vekt <input type="checkbox"/> Ved til spesifiser i >D <input type="checkbox"/> For dødtføtte <input type="checkbox"/> Ukjent kamm <input type="checkbox"/> Hode-omkrets <input type="checkbox"/> Eventuell sør-ssamtid	Total lengde: <input type="checkbox"/> 1 min	Agar score: <input type="checkbox"/> 5 min																																																																																																																																																														
Barnet var:		For fødtføde: <input type="checkbox"/> Levendefødt <input type="checkbox"/> Dødfødt/abort <input type="checkbox"/> Cppgl dødsårsak i >D+	For dødføde, oppgi også: <input type="checkbox"/> Død under fødselen <input type="checkbox"/> Død etter innkomst <input type="checkbox"/> Ukjent dødsstoppunkt <input type="checkbox"/> Død etter innkomst	Levendefødt, død innen 24 timer <input type="checkbox"/> Livet varle: Timer <input type="checkbox"/> Min.		Død senere (dato):	Klokken																																																																																																																																																														
Overfl. barmeavd. <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Ja Dato:		Overt til	Indikasjon for overflytting: <input type="checkbox"/> Preterm <input type="checkbox"/> Cerebral infeksjon <input type="checkbox"/> Konjunktivt beh. <input type="checkbox"/> Rept. claviculae <input type="checkbox"/> Navel/hudint. beh. <input type="checkbox"/> Annen fraktur <input type="checkbox"/> Perinat. inf. baderleie <input type="checkbox"/> Facialspasme <input type="checkbox"/> Respiratorbeh. <input type="checkbox"/> CPAP beh.	Respirasjonsproblem <input type="checkbox"/> Meddøde misid <input type="checkbox"/> Perinatale infeksjoner																																																																																																																																																																	
Neonatale diagno.: (Fyller ut av legedoktorer) <input type="checkbox"/> Hypoglyk. (< 2 mmol/l) <input type="checkbox"/> Med. anemi (Hb < 13.5 g/dl) <input type="checkbox"/> Hotheitdssykl. beh. m/pute <input type="checkbox"/> Intrakranial blodning		Aspirasjons-syndrom <input type="checkbox"/> Abstinsens <input type="checkbox"/> Neonatale kramp <input type="checkbox"/> Perinat. int. andre <input type="checkbox"/> Plexus-kade																																																																																																																																																																			
Tegn til medføde/misføde: <input type="checkbox"/> Nel <input type="checkbox"/> Ja		Spesifikasjon av skader, neonatale diagnoser og medføde/misføde – utlyses av lege																																																																																																																																																																			
Krys av hvil. skjema er oppfølgingsskjema		Jordmor vifødsel																																																																																																																																																																			
Protokollnr.: /		Jordmor vifødsel																																																																																																																																																																			
Legeskrift		Legeskrift																																																																																																																																																																			
Utskrivningsdato																																																																																																																																																																					
Mor:																																																																																																																																																																					
Barn:																																																																																																																																																																					

## 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: **0 1 2 3 4 5 6 7 8 9**

Bokstaver:

**A B C D**

**5**

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

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

## 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, stikkkiller, inhalasjoner, salver osv. i forbindelse med sykdommen eller helseplager, oppgi navnet på medisinen(e) og når du brukte disse.

Sykdommer / helseplager	Bruk av medisiner											
	Sykdom / helseplage	Før svanger-skapet	I svanger-skapet	Navn på medisiner	Siste 6 mnd. for svanger-skapet	I svangerskapsuke				Antall dager brukt		
0-4						5-8	9-12	13+				
27 Lupus (SLE) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28 Isjias .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Underlivet / Urinveier</b>												
30 Betennelse i eggstokker/ledere .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
33 Oyste 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Andre sykdommer eller helseplager</b>												
44 Anorexi/bulemi/spiseforstyrrelser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
48 Multippel 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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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
- Hormonspreyte
- Mini-piller
- P-piller
- Skum, stikkpille, krem
- Sikre perioder
- Avbrutt samleie
- Ingen slike metoder
- Annet \_\_\_\_\_

+

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

	P-piller	Minipiller
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/minipiller, hvor gammel var du da du første gang brukte disse?

--	--

år

14. Brukte du p-piller/minipiller 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/minipiller?

--	--

uker

16. Var dette svangerskapet planlagt?

- Nei
- Ja

+

17. Hvis ja, hvor mange måneder hadde dere regelmessig samleie uten preventjon 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 preventjon?

- Nei (Gå til spørsmål 21.)
- Ja

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

- Kondom
- Pessar
- Kobberspiral
- Hormonspiral
- Hormonspreyte
- 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 ufriwillig 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"/>
Annен 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 (insprøyting av sæd) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prøverørsmetoden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Nei
- Ja

+

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

			/			
--	--	--	---	--	--	--

Eks. 1 5 0 / 9 5

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.

*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 ubehagelig eller vanskelig å svare på kan du la være å svare på det spørsmålet og gå videre til det neste.

24. Hva har dine blodprosent/hemoglobinv verdier (Hb) vært i dette svangerskapet? (Se i Helsekortet ditt. Noter verdi ved siste kontroll, samt høyeste og laveste verdi.)				
	Hemoglobin (Hb)	Svanger- skapsuke		
Ved siste kontroll i svangerskapet	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Høyeste verdi i svangerskapet	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Laveste verdi i svangerskapet	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Vet ikke				
26. Har du vært innlagt på sykehus etter at du ble gravid?				
<input type="checkbox"/> Nei				
<input type="checkbox"/> Ja, hvilket(sykehus)				
27. Hvis ja, hva var årsaken til innleggelsen og når var det? (Du kan sette flere kryss.)		I hvilke svangerskapsuker var du innlagt?		
<input type="checkbox"/> Langvarig kvalme/ brekninger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Blodning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Fostervannslekkasje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Truende fødsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Svangerskapsforgiftning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28. Har du eller har du noen gang hatt følgende plager?		Hvis ja, hvor ofte har du hatt det?		
+		Hvis ja, hvor ofte har du hatt det?		
<b>For dette svangerskapet:</b>	Nei	Ja	Mer enn 1 gang pr. dag	
Urinlekkasje ved hosting, nysing eller latter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urinlekkasje ved fysisk aktivitet (lop/hopp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urinlekkasje ved sterkt trang til vannlating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemer med å holde på avføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemer med å holde på luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvor mye om gangen?				
+				
<b>I dette svangerskapet:</b>			Dråper	
Urinlekkasje ved hosting, nysing eller latter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urinlekkasje ved fysisk aktivitet (lop/hopp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urinlekkasje ved sterkt trang til vannlating (problemer med å nå frem til toaletten i tide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemer med å holde på avføring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemer med å holde på luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hvor mye om gangen?				
+				
29. Har du eller har du noen gang hatt smerte i noen av de følgende kroppsdelene? Sett kryss for hvor og når det var. (Du kan sette flere kryss.)		Før ditt første svangerskap		
+		Før ditt første svangerskap		
	I dette svangerskap		I tidligere svangerskap	
	Nei	Endel plaget	Sterkt plaget	Endel plaget
I korsryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over det ene bekkenleddet bak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over begge bekkenleddene bak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over halebeinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I seteballene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foran, over kjønnsbeinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I lysken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ryggsmerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **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.*

Navn på preparatet	+	Når brukte du preparatet			Hvor ofte?	
		Siste del av svangerskapet	De første 3 måneder etter fødselen	Bruk de siste 3 måneder	Brukt daglig	Brukt av og til
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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. Hvis ja, hvilket preparat, når brukte du det og hvor ofte? (En linje for hvert preparat.)

48. Hvis ja, sett kryss for hvor du var plaget, når du var plaget og hvor mye.

Hvor satt smertene?	Siste del av svangerskapet		De første 3 måneder etter fødselen		Siste 3 måneder	
	En del plaget	Sterkt plaget	En del plaget	Sterkt plaget	En del plaget	Sterkt plaget
I korsryggen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over det ene bekkenleddet bak .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over begge bekkenleddene bak .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Over halebeinet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I seteballene .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foran i bekkenet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I lysken .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre ryggsmarter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Våkner du om natten på grunn av bekkensmerter nå for tiden?

+  Nei, aldri  
   Ja, en sjeldent gang  
   Ja, ofte

50. Har du så store vansker med å gå på grunn av bekkensmertene at du må bruke stokk eller krykker nå for tiden?

+  Nei, aldri  
   Ja, men ikke hver dag  
   Ja, hver dag

51. Har du noen gang fått behandling for bekkensmerter?

+  Nei  
   Ja

52. Hvis ja, kryss av for hvilken type behandling og når det var.

Før dette svangerskapet	I dette svangerskapet	Etter denne fødselen
<input type="checkbox"/> Fysioterapi .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kiropraktikk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medikamenter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet, beskriv: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Hvor lang tid tok det før du gjenopptok det seksuelle samlivet etter fødselen?

+  uker  
   Har ikke hatt samleie

54. Har du nå for tiden noen av følgende plager, i så fall hvor ofte og hvor mye? (Sett kryss for hver linje.)

Plager	+	Hvor ofte har du plagene?				Hvor mye om gangen?	
		Aldri	1-4 ganger pr. måned	1-6 ganger pr. uke	Mer enn 1 gang pr. dag	Dråper	Større mengder
Urinlekkasje ved hosting, nysing eller latter .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urinlekkasje ved fysisk aktivitet (løphopp) .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Urinlekkasje ved sterkt trang til vannlating .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemer med å holde på avføring .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemer med å holde på luft .....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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			Antall dager	% sykemeldt
	30-33	34-37	38+		
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	50
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## 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 sjeldent 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
Magemusklar .....	<input type="checkbox"/>				
Ryggmusklar .....	<input type="checkbox"/>				
Bekkenbunnsmusklar (musklær rundt skjede, urinrør, endetarm) ..	<input type="checkbox"/>				