

# SVANGERSKAP, ARV OG MILJØ



**SAM-prosjektet**  
**Medisinsk fødselsregister**  
**Armauer Hansens hus**  
**Haukeland sykehus**  
**5021 BERGEN**

 **55 97 4707/09**

# Velkommen til dette landsomfattende forskningsprosjektet om nyfødte og deres foreldre.

Prosjektet gjennomføres i fellesskap av Medisinsk fødselsregister i Norge og National Institute of Environmental Health Sciences i USA (Det amerikanske instituttet for miljø og helse).

Er navnet og adressen på adresseblanketten riktig?

Kryss av:  Ja  Nei

Navn:

Hvis du svarte nei, bruk plassen nedenfor til rettelser:

Adresse:

Postnr/adr:

- Opplysningene dine er konfidensielle
- Vi kommer til å fjerne denne siden med navnet ditt på og oppbevare den adskilt fra resten av spørreskjemaet, opplysningene vil deretter ikke kunne føres tilbake til deg.

## Innledning:

Hensikten med denne undersøkelsen er å lære mer om hva som kan forårsake fødselsskader. Spørsmålene knytter seg til deg, ditt nyfødte barn og barnefaren. I de fleste tilfeller skulle det ikke ta mer enn 45 til 60 minutter å fylle ut dette skjemaet.

I noen spørsmål ber vi deg huske tilbake til de første tre månedene du var gravid, den tidligste utviklingsperioden for barnet ditt. Vi kommer til å referere til denne tiden som månedene **1 - 2 - 3**.

---

## Veiledning:

Du svarer på spørsmål ved å sette kryss i en boks. Ved noen spørsmål skal du fortsette med neste eller hoppe til et annet. Du får hjelp av piler og beskjeder om å "gå videre til". Ved andre spørsmål kan du skrive fritt i ledig felt.

Vennligst svar på alle spørsmål hvis ikke du er bedt om å "gå videre til".  
Eksempel:

93. Gjennomgikk du andre operasjoner eller medisinsk behandling der du fikk bedøvelse i månedene 1 - 2 - 3? (ta ikke med tannarbeid)

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 95

94. Hvilke måneder fikk du denne bedøvelsen? (svar for hver måned)

- Måned 1 1  Ja  
2  Nei  
Måned 2 1  Ja  
2  Nei  
Måned 3 1  Ja  
2  Nei

- Siden svaret på spørsmål 93 er "Ja" må det også gies et svar for hver måned i spørsmål 94.
- Hvis svaret til spørsmål 93 er "Nei" skal spørsmål 94 ikke besvares.

Hvis du ikke vet hva du skal svare eller hvis spørsmålet ikke passer til din situasjon, kan du gjerne skrive kommentarer til spørsmålet. Vennligst ikke skriv i venstre eller midtre marg, for disse skal vi bruke til å kode svarene. Hvis du trenger mer plass kan du bruke baksiden av omslaget til dine kommentarer.

**Bruk vedlagte penn eller annen svart penn.**

---

Ring prosjektkontoret telefon 55 97 4707/09 hvis du har spørsmål!

Kontortiden er 09.00 - 15.00 fra mandag til fredag. Du kan ringe når som helst og legge igjen en beskjed på telefonsvareren. Vi ringer deg tilbake for å spare deg for telefonutgifter.

1. Når ble du født?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dag	mnd	år

2. Når ble din mor født?

År: 19

3. Når ble din far født?

År: 19

4. Hva er sivilstanden din i dag?

- 1  Gift
- 2  Samboer
- 3  Enslig
- 4  Separert/skilt
- 5  Enke

5. Hvilken utdanning har du fullført?

- 1  Grunnskole
- 2  Videregående skole (gymnas)
- 3  Videregående fagskole (yrkesskole)
- 4  2-4 årig høyskole/universitet (cand.mag., sykepleie, lærerskole ol)
- 5  Embetseksamen (hovedfag)
- 6  Annet  
Beskriv: \_\_\_\_\_

6. Er du født i Norge?

- 1  Ja → Gå videre til sp 9
- 2  Nei

7. I hvilket land ble du født?

---

8. Hvilket år flyttet du til Norge?

År:

9. Når ble barnets far født?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dag	mnd	år

10. Når ble barnefarens mor født?

År: 19

11. Når ble barnefarens far født?

År: 19

12. Hva slags utdanning har barnets far fullført?

- 1  Grunnskole
- 2  Videregående skole (gymnas)
- 3  Videregående fagskole (yrkesskole)
- 4  2-4 årig høyskole/universitet (cand.mag., sykepleie, lærerskole ol)
- 5  Embetseksamen (hovedfag)
- 6  Annet  
Beskriv: \_\_\_\_\_

13. Er han født i Norge?

- 1  Ja → Gå videre til sp 16
- 2  Nei

14. I hvilket land ble han født?

---

15. Når flyttet han til Norge?

År:

16. Er du og barnefaren i slekt?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 18

17. Hvis "Ja", hvordan er dere i slekt?

\_\_\_\_\_

18. Hvor lenge har du bodd i din nåværende bolig?  
Hvis det er mindre enn ett år, oppgi antall måneder.

Antall år:   Antall måneder:

19. Omtrent hvilket år ble boligen din bygd?

Årstall:

20. Ferierer du på hytte eller sommersted?

- 1  Ja  
2  Nei

21. Har du eller barnefaren oppholdt dere i utlandet siste år?

- 1  Ja  
2  Nei

22. Hva er for tiden din brutto årsinntekt?

- 01  Ingen inntekt  
02  Mindre enn 150.000 kr  
03  151 - 200.000 kr  
04  201 - 250.000 kr  
05  251 - 300.000 kr  
06  301 - 400.000 kr  
07  Mer enn 401.000 kr

23. Hva er for tiden din manns/samboers brutto årsinntekt?

- 01  Ingen inntekt  
02  Mindre enn 150.000 kr  
03  151 - 200.000 kr  
04  201 - 250.000 kr  
05  251 - 300.000 kr  
06  301 - 400.000 kr  
07  Mer enn 401.000 kr

24. Hvor mange personer lever av disse inntektene?

Antall:

#### DIN EGEN HELSE OG DINE SVANGERSKAP

25. Hvor gammel var du da du fikk din første menstruasjon?

Alder:

26. Hvor mange dager blør du vanligvis under menstruasjonen?

*(Tell hvor mange dager med småblødninger. Ta ikke med perioder der du brukte p-piller)*

Antall dager:

27. Hvor lang er din menstruasjonssyklus?

*(Tell hvor mange dager det går fra begynnelsen av en menstruasjonsperiode til begynnelsen av neste. Ta ikke med perioder der du brukte p-piller)*

Antall dager:

*Beskriv hvis uregelmessighetene er for store til å anslå antall dager:*

\_\_\_\_\_

28. Omtrent hvor mange ganger i året har du menstruasjon?

Antall ganger:

29. Har du i noen tolv-månedersperiode hatt regelmessige samleier uten prevensjon og ikke blitt gravid?

- 1  Ja  
2  Nei

30. Har du noen gang oppsøkt lege fordi du hadde vansker med å bli gravid?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 34

31. Hvilket år oppsøkte du lege for dette for første gang?

Årstill:

32. Fikk du noen medisinsk behandling eller brukte du medikamenter som skulle hjelpe deg å bli gravid med det nyfødte barnet ditt?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 34

33. Hvis medisinsk behandling:  
Oppgi hvilken type behandling du fikk for å bli gravid:

---

---

---

Hvis medikament(er):  
Oppgi hvilke medikament(er) du brukte for å bli gravid:

---

---

---

34. Når ble barnet ditt født?

Dato:       
          dag        mnd        år

35. Ble barnet ditt født på termin?

- 1  Ja → Gå videre til sp 36  
2  Nei

Hvis før termin:

Hvor mange dager før termin?    dager

Hvis etter termin:

Hvor mange dager etter termin?    dager

36. Var du gravid med ett eller flere barn under dette svangerskapet?

- 1  ett barn  
2  tvillinger  
3  trillinger  
4  firlinger

Flere enn ett barn: Gå videre til side 30 sp198 og gi detaljer på siden med overskriften "Ekstra ark ved flerfødsel" Vend så tilbake til spørsmål 40 på neste side

37. Hvilket kjønn har det nye barnet?

- 1  Gutt  
2  Jente

38. Ble barnet født med misdannelser?

- 1  Ja  
2  Nei

39. Hvis "Ja", beskriv barnets misdannelser:

---

---

---

40. Er du gravid igjen nå?

- 1  Ja  
2  Nei

41. Hvor mange ganger i alt har du vært gravid?

(Tell med alle svangerskap også de som endte i abort. Hvis du er gravid igjen nå, skal du ikke telle med dette svangerskapet)

Totalt antall svangerskap :

Hvis du bare har vært gravid en gang gå videre til side 9 sp 64

42. Har du født andre levendefødte barn før du ble gravid med det nyfødte barnet ditt?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 52

43. Hvor mange levendefødte barn har du født før du ble gravid med det nyfødte barnet ditt?

Antall :

Fyll ut for hvert av dine andre levendefødte barn. Hvis du har fått flere enn tre levendefødte barn, fortsett på side 31. Ta ikke med det nye barnet ditt.

	Første barn	Andre barn	Tredje barn
44. Når ble barnet født?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dag mnd år	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dag mnd år	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dag mnd år
45. Var barnet enkeltfødt, tvilling, trilling?	1 <input type="checkbox"/> enkeltfødt 2 <input type="checkbox"/> tvilling 3 <input type="checkbox"/> trilling	1 <input type="checkbox"/> enkeltfødt 2 <input type="checkbox"/> tvilling 3 <input type="checkbox"/> trilling	1 <input type="checkbox"/> enkeltfødt 2 <input type="checkbox"/> tvilling 3 <input type="checkbox"/> trilling
46. Ammet du dette barnet?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei → Gå videre til sp 48	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei → Gå videre til sp 48	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei → Gå videre til sp 48
47. Når stoppet du daglig amming av barnet?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mnd år	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mnd år	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mnd år
48. Var faren til det nye barnet også far til dette barnet?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke
49. Bor dette barnet hos deg?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
50. Ble barnet født med misdannelser?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Hvis "Ja," beskriv:	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Hvis "Ja," beskriv:	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Hvis "Ja," beskriv:
51. Lever dette barnet fremdeles?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei

52. Har du noen gang hatt en spontanabort eller født et dødfødt barn? (Ta ikke med provoserte eller selvbestemte aborter eller svangerskap utenfor livmoren)

- 1  Ja  
 2  Nei → Gå videre til sp 58

53. Hvor mange spontanaborter eller dødfødsler har du hatt?

Totalt antall :

Fyll ut for hver av spontanabortene/dødfødslene. Hvis du har hatt flere enn tre, ta bare med de tre første.

	Første	Andre	Tredje
54. Hvilket mnd/år skjedde spontanaborten/dødfødselen?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mnd      år	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mnd      år	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mnd      år
55. Hvor mange uker varte dette svangerskapet?	Antall uker: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Antall uker: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Antall uker: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
56. Hadde barnet du mistet noen misdannelser?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke Hvis "Ja", beskriv:	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke Hvis "Ja", beskriv:	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke Hvis "Ja", beskriv:
57. Var faren til det nye barnet også faren i dette tilfellet?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke



58. Har du noen gang gjennomgått en fremkalt (provosert) abort?

(Ta ikke med svangerskap utenfor livmoren)

- 1  Ja  
2  Nei

Hvis "Ja":

Hvor mange fremkalte (provoserte) aborter?

Antall:

59. Har du noen gang hatt et svangerskap utenfor livmoren?

- 1  Ja  
2  Nei

Hvis "Ja":

Hvor mange svangerskap utenfor livmoren?

Antall:

Fyll ut for hver fremkalt (provosert) abort og svangerskap utenfor livmoren. Ta bare med de tre første.

	Første	Andre	Tredje
60. Hvilket mnd/år endte svangerskapet?	<input type="text"/> <input type="text"/> mnd <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> år	<input type="text"/> <input type="text"/> mnd <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> år	<input type="text"/> <input type="text"/> mnd <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> år
61. Hvor mange uker varte svangerskapet?	Antall uker: <input type="text"/> <input type="text"/>	Antall uker: <input type="text"/> <input type="text"/>	Antall uker: <input type="text"/> <input type="text"/>
62. Var faren til det nye barnet også far til dette barnet?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke
63. Hadde fosteret noen misdannelser?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke Hvis "Ja", beskriv:	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke Hvis "Ja", beskriv:	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke Hvis "Ja", beskriv:



## MÅNEDENE 1 - 2 - 3

Vi vil stille deg spørsmål om de 3 første kalendermånedene du var gravid. De neste spørsmålene skal være en hjelp til å bestemme hvilke kalender måneder dette var (f eks febr/mars/april)

75. Hvilken måned begynte siste mens før graviditeten?

01	<input type="checkbox"/> januar	05	<input type="checkbox"/> mai	09	<input type="checkbox"/> september
02	<input type="checkbox"/> februar	06	<input type="checkbox"/> juni	10	<input type="checkbox"/> oktober
03	<input type="checkbox"/> mars	07	<input type="checkbox"/> juli	11	<input type="checkbox"/> november
04	<input type="checkbox"/> april	08	<input type="checkbox"/> august	12	<input type="checkbox"/> desember

Årstall:

76. Hvor sikker er du på denne måneden?

- 1  Helt sikker  
 2  Ganske sikker  
 3  Slett ikke sikker

77. Hadde du mesteparten av blødningen i denne måneden eller i neste måned?

- 1  denne måned  
 2  neste måned

Vi regner den måneden du hadde mesteparten av blødningen for svangerskapets første måned. Skriv ned denne og de 2 påfølgende månedene. Gjør så godt du kan selv om du er usikker. Dette kaller vi månedene 1 - 2 - 3.

1. Måneden med mest blødning:

\_\_\_\_\_

2. Måneden etter:

\_\_\_\_\_

3. Måneden etter:

\_\_\_\_\_

Husk!

Bruk de tre månedene du har skrevet ovenfor når du svarer på spørsmål angående månedene 1 - 2 - 3 i svangerskapet.

## DIN HELSE I MÅNEDENE 1 - 2 - 3 (BEGYNNELSEN AV SVANGERSKAPET)

78. Opplevde du kvalme, enten med eller uten brekninger i løpet av månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
 2  Nei → Gå videre til sp 82

79. Hvilke av disse månedene hadde du kvalme? (svar for hver måned)

- Måned 1 1  Ja  
 2  Nei  
 Måned 2 1  Ja  
 2  Nei  
 Måned 3 1  Ja  
 2  Nei

80. Hvilke av disse månedene hadde du kvalme med brekninger? (svar for hver måned)

- Måned 1 1  Ja  
 2  Nei  
 Måned 2 1  Ja  
 2  Nei  
 Måned 3 1  Ja  
 2  Nei

81. Tok du reseptbelagte eller reseptfrie medikamenter for denne kvalmen i løpet av månedene 1 - 2 - 3? (svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

- Måned 1  
 1  Ja \_\_\_\_\_  
 2  Nei  
 Måned 2  
 1  Ja \_\_\_\_\_  
 2  Nei  
 Måned 3  
 1  Ja \_\_\_\_\_  
 2  Nei

82. Hadde du noen gang feber i løpet av månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 87

83. Hva var årsaken til feberen?  
(angi eventuelt hva slags infeksjon)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

84. Hvor mange dager til sammen hadde du feber i løpet av månedene 1 - 2 - 3?

Antall dager:

85. Hvilke måneder hadde du feber?  
(svar for hver måned)

- Måned 1 1  Ja  
2  Nei  
Måned 2 1  Ja  
2  Nei  
Måned 3 1  Ja  
2  Nei

86. Tok du noen medikamenter for å senke feberen i månedene 1 - 2 - 3?  
(både reseptfrie og reseptbelagte)

Hvis "Ja", angi medikament:

- Måned 1  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei  
Måned 2  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei  
Måned 3  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

87. Hadde du noen andre infeksjoner som ikke gav deg feber i løpet av månedene 1 - 2 - 3? (f eks forkjølelse, bihulebetennelse, urinveisinfeksjon eller annet)

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 89

Angi sykdom eller infeksjon:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

88. Tok du noen medikamenter for disse problemene i månedene 1 - 2 - 3?  
(både reseptfrie og reseptbelagte)  
(svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

- Måned 1  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei  
Måned 2  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei  
Måned 3  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

89. Fikk du nye amalgamfyllinger i tennene i løpet av månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 91

90. Hvilke måneder fikk du nye fyllinger?  
(svar for hver måned)

- Måned 1 1  Ja  
2  Nei  
Måned 2 1  Ja  
2  Nei  
Måned 3 1  Ja  
2  Nei

91. Fikk du lystgass/eller full narkose i forbindelse med tannbehandling i løpet av månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 93

92. Hvilke måneder fikk du lystgass/eller full narkose under tannarbeid? (svar for hver måned)

- Måned 1 1  Ja  
2  Nei  
Måned 2 1  Ja  
2  Nei  
Måned 3 1  Ja  
2  Nei

93. Gjennomgikk du andre operasjoner eller medisinsk behandling der du fikk bedøvelse i månedene 1 - 2 - 3? (ta ikke med tannarbeid)

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 95

94. Hvilke måneder fikk du denne bedøvelsen? (svar for hver måned)

- Måned 1 1  Ja  
2  Nei  
Måned 2 1  Ja  
2  Nei  
Måned 3 1  Ja  
2  Nei

95. Tok du sovetabletter i løpet av månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 97

96. Hvilke måneder tok du sovetabletter? (svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

- Måned 1  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

- Måned 2  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

- Måned 3  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

97. Tok du beroligende midler i løpet av månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 99

98. Hvilke måneder tok du beroligende midler? (svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

- Måned 1  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

- Måned 2  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

- Måned 3  
1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

**99. Hadde du smerter i månedene 1 - 2 - 3?**

(f eks hodepine eller tannpine)  
(svar for hver måned)

Måned 1    1  Ja  
                  2  Nei

Måned 2    1  Ja  
                  2  Nei

Måned 3    1  Ja  
                  2  Nei

**100. Tok du smertestillende medikamenter i månedene 1 - 2 - 3?** (f eks Paracet, Paralgin Forte)  
(svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

Måned 1

1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

Måned 2

1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

Måned 3

1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

**101. Hadde du problemer med kviser eller andre hudproblemer i månedene 1 - 2 - 3?**

1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 103

**102. Brukte du medikamenter mot kviser eller uren hud i månedene 1 - 2 - 3?** (piller eller kremer, både reseptfrie og reseptbelagte)

(svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

Måned 1

1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

Måned 2

1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

Måned 3

1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

**103. Har du sukkersyke, diabetes?** (ta ikke med sukkersyke som skyldes svangerskapet)

1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 106

**104. Hvilken type sukkersyke har du?**

1  Insulinavhengig  
2  Ikke insulinavhengig

**105. Tok du noen medikamenter for sukkersyke i løpet av måned 1 - 2 - 3?**

(svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

Måned 1

1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

Måned 2

1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

Måned 3

1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

106. Har du epilepsi eller får du andre typer anfall?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 109

107. Beskriv type epilepsi eller anfall:

108. Tok du medikamenter for epilepsi eller andre typer anfall i månedene 1 - 2 - 3?

(svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

Måned 1

- 1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

Måned 2

- 1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

Måned 3

- 1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

109. Har du andre kroniske lidelser eller funksjonshemninger som ikke er tatt med i spørsmålene foran?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 112

110. Beskriv disse kroniske lidelsene eller funksjonshemningene:

111. Tok du medikamenter for disse problemene i månedene 1 - 2 - 3? (både reseptfrie og reseptbelagte)  
(svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

Måned 1

- 1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

Måned 2

- 1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

Måned 3

- 1  Ja \_\_\_\_\_  
2  Nei

### DIN HELSE I MÅNEDENE 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

112. Fikk du noen form for anfall med eller uten kramper i løpet av månedene 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 115

113. Hvilke måneder hadde du slike anfall?  
(svar for hver måned)

- Måned 1 1  Ja  
2  Nei

- Måned 2 1  Ja  
2  Nei

- Måned 3 1  Ja  
2  Nei

- Måned 4 1  Ja  
2  Nei

- Måned 5 1  Ja  
2  Nei

- Måned 6 1  Ja  
2  Nei

**114. Tok du medikamenter pga anfall eller for å forhindre anfall?**

(svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

Måned 1

1  Ja \_\_\_\_\_

2  Nei

Måned 2

1  Ja \_\_\_\_\_

2  Nei

Måned 3

1  Ja \_\_\_\_\_

2  Nei

Måned 4

1  Ja \_\_\_\_\_

2  Nei

Måned 5

1  Ja \_\_\_\_\_

2  Nei

Måned 6

1  Ja \_\_\_\_\_

2  Nei

**115. Fikk du i månedene 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 noen gang beskjed om at der var fare for at du kunne miste barnet?**

(svar for hver måned)

Måned 1 1  Ja  
2  Nei

Måned 2 1  Ja  
2  Nei

Måned 3 1  Ja  
2  Nei

Måned 4 1  Ja  
2  Nei

Måned 5 1  Ja  
2  Nei

Måned 6 1  Ja  
2  Nei

**116. Hadde du tegn til vaginal blødning i månedene 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6?**

1  Ja

2  Nei → Gå videre til sp 118

**117. Oppgi hvilke måneder du blødde eller hadde småblødninger.**

(svar for hver måned)

Måned 1 1  Ja  
2  Nei

Måned 2 1  Ja  
2  Nei

Måned 3 1  Ja  
2  Nei

Måned 4 1  Ja  
2  Nei

Måned 5 1  Ja  
2  Nei

Måned 6 1  Ja  
2  Nei

**118. Hadde du underlivssmerter?**

1  Ja

2  Nei → Gå videre til sp 120

**119. Oppgi hvilke måneder du hadde smerter?**

(svar for hver måned)

Måned 1 1  Ja  
2  Nei

Måned 2 1  Ja  
2  Nei

Måned 3 1  Ja  
2  Nei

Måned 4 1  Ja  
2  Nei

Måned 5 1  Ja  
2  Nei

Måned 6 1  Ja  
2  Nei



**MEDISINFORBRUK I MÅNEDENE 1 - 2 - 3 ER AV  
SPESIELT STOR BETYDNING FOR DENNE  
UNDERSØKELSEN**

*Prøv å huske om du tok noen andre medisiner, (som f eks antibiotika, steroider og vanlige medikamenter som smertestillende midler (aspirin), midler mot sur mage, hostesaft, avføringsmidler eller noen andre medikamenter)*

Ta ikke med vitaminer eller kosttilskudd. De blir dekket senere.

**120. Tok du medikamenter i månedene 1 - 2 - 3 som du ikke har fått anledning til å oppgi tidligere i spørreskjemaet?** (svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medikament:

Måned 1

1  Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2  Nei

Måned 2

1  Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2  Nei

Måned 3

1  Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2  Nei

**121. Hvorfor tok du disse medikamentene?**

Måned 1

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Måned 2

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Måned 3

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**122. Fikk du annen medisinsk behandling (f eks røntgen) i mnd 1 - 2 - 3 som du ikke har fått anledning til å oppgi tidligere i spørreskjemaet?** (svar for hver måned)

Hvis "Ja", angi medisinsk behandling:

Måned 1

1  Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2  Nei

Måned 2

1  Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2  Nei

Måned 3

1  Ja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2  Nei

**123. Hvorfor fikk du denne behandlingen?**

Måned 1

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Måned 2

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Måned 3

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NB!**

*Husk å bruke de 3 månedene du har skrevet i spørsmål 77 når du svarer på spørsmål angående månedene 1 - 2 - 3 i svangerskapet.*

124. Hadde du inntektsgivende arbeid i noen del av månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

125. Hva beskriver best din arbeidssituasjon i månedene 1 - 2 - 3?

- 01  Fulltidsansatt  
02  Deltidsansatt  
03  Selvstendig næringsdrivende  
04  Student og fulltids- eller deltidsansatt  
05  Fulltidsstudent → Gå videre til sp 129  
06  Arbeidsledig/hjemmearbeidende uten lønn → Gå videre til sp 129  
07  Annet  
Forklar:

126. I hvilken type selskap/bedrift/forretning arbeidet du i månedene 1 - 2 - 3?

\_\_\_\_\_

127. Hvilken jobbtittel hadde du da du ble gravid?

\_\_\_\_\_

128. Beskriv i korthet dine daglige arbeidsoppgaver i månedene 1 - 2 - 3.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

129. Ble arbeidssted eller type arbeid forandret i løpet av månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 131

130. I hvilken måned kom denne forandringen?

- 1  måned 1  
2  måned 2  
3  måned 3

Beskriv forandringen(e):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ny tittel:

\_\_\_\_\_

Nye arbeidsoppgaver:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

131. Hadde barnefaren inntektsgivende arbeid i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

132. Hva beskriver best hans arbeidssituasjon i månedene 1 - 2 - 3?

- 01  Fulltidsansatt  
02  Deltidsansatt  
03  Selvstendig næringsdrivende  
04  Student og fulltids- eller deltidsansatt  
05  Fulltidsstudent → Gå videre til sp 136  
06  Arbeidsledig/hjemmearbeidende uten lønn → Gå videre til sp 136  
07  Annet  
Forklar:

\_\_\_\_\_

133. I hvilken type selskap/bedrift/forretning arbeidet han i månedene 1 - 2 - 3?

\_\_\_\_\_

134. Hvilken jobbtittel hadde han i månedene 1 - 2 - 3?

\_\_\_\_\_

135. Beskriv i korthet hans daglige arbeidsoppgaver i månedene 1 - 2 - 3.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

KJEMIKALIER OG LIGNENDE I MÅNEDENE 1 - 2 - 3

De neste 4 sidene dreier seg om kontakt med kjemiske stoffer, metaller, røntgenstråler og annet i månedene 1 - 2 - 3.

→	→
<b>136.</b> Har du vært i kontakt med..... (Hvis "Ja," fortsett med spørsmålene til høyre sp 137 til 142)	<b>137.</b> Hvor?
<b>A. blydunster, blystøv, blypartikler eller blylegeringer?</b>	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid
<b>B. krom, arsenikk, kadmium eller sammensetninger av dem?</b>	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid
<b>C. bensin eller eksos? (gjelder ikke fylling av bensin til egen bruk)</b>	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid
<b>D. kvikksølv damp, kvikksølv eller arbeid med (amalgam) fyllinger?</b>	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid
<b>E. midler mot skadedyr? Hvilket?</b> _____	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid
<b>F. plantegifter Hvilket?</b> _____	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid
<b>G. oljebasert maling?</b>	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid
<b>H. vannbasert eller latex maling?</b>	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid
<b>I. malingtynnere, maling- lakk- eller limfjerner eller andre løsemidler?</b> (f eks lynol, white spirit, toluen, karbontetraklorid)	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid
<b>J. fargestoffer eller trykksverte?</b>	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid
<b>K. motorolje eller smøreolje?</b>	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3
1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> fritid 2 <input type="checkbox"/> arbeid

139. Brukte du avtrekks- eller beskyttelseshette?	140. Pleide du å bruke gummi- eller vernehansker?	141. Ble det noen gang sølt store mengder av stoffet (ved et uhell) i månedene 1 - 2 - 3?  Hvilke: ↓ ↓ ↓	142. Fikk du noe på huden eller pustet du inn gasser?
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Gå videre til sp 141		1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei

Videre om kjemiske stoffer ol i månedene 1 - 2 - 3:

	→	→
<b>136.</b> <b>Har du vært i kontakt med.....</b>  (Hvis "Ja," fortsett med spørsmålene til høyre sp 137 til 142)	<b>137.</b> <b>Hvor?</b>	<b>138.</b> <b>Hvor mange dager totalt arbeidet du med eller var i nær kontakt med dette?</b>
<b>L. fotokjemikalier (fiks eller fremkaller)?</b>	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____
<b>M. sveising?</b>	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____
<b>N. lodding?</b>	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____
<b>O. formalin eller formaldehyd?</b>	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____
<b>P. kjemoterapeutiske stoffer? (ta ikke med behandling som pasient)</b>	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____
<b>Q. lystgass eller andre narkosegasser? (ta ikke med behandling som pasient)</b>	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____
<b>R. kilde for radiobølger eller mikrobølger mindre enn 2 meter fra? (ta ikke med bruk av din egen mikrobølgeovn)</b>	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____ Gå videre til S
<b>S. laserprinter, dataskjerm eller kopieringsmaskin, mindre enn 2 meter fra?</b>	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____ Gå videre til T
<b>T. røntgenapparat mindre enn 2 meter fra?</b>	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____ Gå videre til U
<b>U. andre stoffer og forhold?</b> Forklar:	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____
<b>V. andre stoffer og forhold? (hvis flere)</b> Forklar:	1 <input type="checkbox"/> Ja → 2 <input type="checkbox"/> Nei	Antall dager i månedene 1 - 2 - 3 _____

139. Brukte du avtrekks- eller beskyttelseshette?	140. Pleide du å bruke gummi- eller vernehansker?	141. Ble det noen gang sølt store mengder av stoffet (ved et uhell) i månedene 1 - 2 - 3?  Hvilke: ↓ ↓ ↓	142. Fikk du noe på huden eller pustet du inn gasser?
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri		1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Gå videre til R			
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei
1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> alltid 2 <input type="checkbox"/> iblant 3 <input type="checkbox"/> aldri	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei

143. Renset du noen gang hendene med white spirit eller andre løsemidler i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

144. Hvor ofte brukte du elektrisk sengevarmer eller vannseng i månedene 1 - 2 - 3? (Hvis du brukte dette hver natt, blir svaret 90 dager, skriv 00 hvis det ikke er noen)

Antall netter:

## TOBAKKSRYKING

145. Har du røykt mer enn 100 sigaretter i hele ditt liv?

- 1  Ja  
2  Nei

146. Røykte du sigaretter i de 12 siste månedene før siste svangerskap?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 148

147. Hvis "Ja," hvor mye røykte du gjennomsnittlig i de siste 12 måneder? (oppgi enten pr dag eller pr måned)

Gjennomsnittlig antall sigaretter pr dag:

Gjennomsnittlig antall sigaretter pr mnd:

148. Etter at du ble gravid, røykte du i det hele tatt i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 150

149. Når du røykte i månedene 1 - 2 - 3, hvor mye røykte du? (oppgi enten pr dag eller pr måned)

Antall sigaretter pr dag:

Antall sigaretter pr mnd:

150. Har barnefaren noen gang røykt sigaretter regelmessig?

- 1  Ja  
2  Nei

151. Bodde det noen i hjemmet ditt som røykte sigaretter regelmessig i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

152. Hvor mange timer om dagen oppholdt du deg mindre enn to meter fra noen som røykte sigaretter, enten hjemme, på arbeid eller andre steder? (skriv 00 hvis ingen)

Antall timer pr dag:

## VANN - DRIKKEVARER - ALKOHOL

153. Hva slags vannforsyning hadde hjemmet ditt i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Vannverk  
2  Brønn

154. Hvor mange glass vann drakk du gjennomsnittlig om dagen fra hver av disse drikkevannskildene i løpet av månedene 1 - 2 - 3? (ta også med utblandet saft)  
(skriv 00 hvis ingen)

Antall pr dag

A. Antall glass fra vannverk hjemme:

B. Antall glass fra vannverk på arbeid:

C. Antall glass med kjøpt vann på flaske:

D. Antall glass med vann fra brønn:

155. Var det tilsetningsstoffer i springvannet du drakk hjemme i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Drakk ikke springvann hjemme  
2  Ja, tilsatt kjemikalier (f eks klor)  
3  Nei, ikke tilsatt kjemikalier  
8  Jeg vet ikke om vannet hadde tilsetninger

156. Var det tilsetningsstoffer i springvannet du drakk på arbeid i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Drakk ikke springvann på arbeid/arbeidet ikke utenfor hjemmet  
2  Ja, tilsatt kjemikalier (f eks klor)  
3  Nei, ikke tilsatt kjemikalier  
8  Jeg vet ikke om vannet hadde tilsetninger

157. Hvor mange ganger pr uke tok du vanligvis bad og/eller dusj i månedene 1 - 2 - 3?

Besvar begge alternativer (skriv 00 hvis ingen)

Antall ganger pr uke

Bad

Dusj

158. Hvor mange minutter dusjet du vanligvis pr gang i månedene 1 - 2 - 3?

Antall minutter:

159. Hvor mange ganger totalt brukte du badstu i månedene 1 - 2 - 3? (hver dag ville bli 90 ganger, skriv 00 hvis ingen)

Antall ganger:

160. Hvor mange ganger totalt brukte du boblebad i månedene 1 - 2 - 3? (hver dag ville bli 90 ganger, skriv 00 hvis ingen)

Antall ganger:

## KAFFE OG LIGNENDE

161. Hvor mye drakk du i de siste 12 månedene før graviditeten av følgende:	Antall kopper/glass: (oppgi enten pr dag, pr uke, pr måned eller pr år)
A. Kaffe med koffein?	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd <input type="text"/> pr år
B. Kaffe uten koffein?	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd <input type="text"/> pr år
C. Vanlig te, varm eller kald?	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd <input type="text"/> pr år
D. Urtete?	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd <input type="text"/> pr år
E. Andre koffeinholdige drikker som cola og cola light?	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd <input type="text"/> pr år
F. Andre drikker uten koffein som brus og juice? (Ikke vann og alkohol)	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd <input type="text"/> pr år

162. Hvor mye drakk du i månedene 1 - 2 - 3 av følgende:	Antall kopper/glass: (oppgi enten pr dag, pr uke, eller pr måned)
A. Kaffe med koffein?	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke 1 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd
B. Kaffe uten koffein?	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke 1 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd
C. Vanlig te, varm eller kald?	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke 1 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd
D. Urtete?	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke 1 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd
E. Andre koffeinholdige drikker som cola og cola light?	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke 1 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd
F. Andre drikker uten koffein som brus og juice? (Ikke vann og alkohol)	1 <input type="checkbox"/> drakk ikke 1 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd <input type="text"/> pr dag <input type="text"/> pr uke <input type="text"/> pr mnd



163. Er du for tiden totalavholdende fra alkohol?

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 166

164. Hvis "Ja," hva er hovedgrunnen til at du ikke drikker? Dersom du synes at flere grunner er like viktige, kan du krysse av opptil 3

- 1  a. Jeg misliker virkningen av alkohol  
1  b. Jeg liker ikke smaken på alkohol  
1  c. Det er for dyrt, sløsing med penger  
1  d. Jeg ammer (eller ammet)  
1  e. Et familiemedlem eller en venn hadde alkoholproblemer, jeg er redd for overdreven drikking  
  
1  f. Jeg er tørrlagt alkoholiker  
1  g. Religiøs, moralsk eller andre livssynsgrunner  
1  h. Medisinske grunner  
Forklar:

- 1  i. Andre grunner som ikke er nevnt  
Forklar:

165. Har du alltid vært totalavholdende?

- 1  Ja → Gå videre til sp 170  
2  Nei

166. Hvor ofte drakk du alkohol i de siste årene før du ble gravid med den nyfødte?

(oppgi pr uke, pr måned eller pr år)

- 1  drakk ikke → Gå videre til sp 168  
 dager pr uke  
 dager pr måned  
 dager pr år

167. Hvor mye drakk du hver gang i de siste par årene før du ble gravid? (som en alkoholenhet regnes: en flaske øl, et glass vin eller en dram med brennevin)

antall alkoholenheter pr gang

168. Hvor ofte drakk du alkohol i månedene 1 - 2 - 3? (oppgi pr uke eller pr måned)

- 1  drakk ikke → Gå videre til sp 170  
1  mindre enn 1 dag pr måned i løpet av mnd 1 - 2 - 3  
 dager pr uke  
 dager pr måned

169. Hvor mange alkoholenheter pleide du å drikke de gangene du drakk i månedene 1 - 2 - 3?

antall alkoholenheter pr gang

#### SPESIELLE HENDELSER I MÅNEDENE 1 - 2 - 3

170. Flyttet du til en annen bopel i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

171. Hadde du noen alvorlige ekteskapsproblemer/ samlivsproblemer i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

172. Fikk en nær venn eller et familiemedlem en alvorlig eller livstruende sykdom i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

173. Avgikk en nær venn eller et familiemedlem ved døden i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

174. Fikk du selv noen alvorlig sykdom i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

Hvis "Ja", beskriv:

---

---

---

175. Opplevde du selv noen andre vanskelige begivenheter i løpet av månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

Hvis "Ja", beskriv:

---

---

---

176. Hadde du noen andre opplevelser, gode eller vonde, som førte til store forandringer i livet ditt i månedene 1 - 2 - 3?

- 1  Ja  
2  Nei

Hvis "Ja", beskriv:

---

---

---

VITAMINER - MINERALER - KOSTTILSKUDD - FØR SVANGERSKAPET

177. Tok du noen av de følgende kosttilskudd i de 6 siste månedene før du ble gravid?	178. Kryss av for hver måned du tok tilskudd.	179. Hvor ofte?	180. Antall?
<b>A. Multivitaminer</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer
<b>B. Spesielt Vitamin A - D tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer
<b>C. Spesielt Vitamin B tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer
<b>D. Spesielt Vitamin C tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer
<b>E. Spesielt Vitamin E tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer
<b>F. Spesielt Folsyre, Folat eller Folsyre tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer
<b>G. Spesielt Fiskeolje eller tran tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer
<b>H. Q10</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer
<b>I. Kreatin</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer
<b>J. Jern</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer
<b>K. Andre tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 6 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 3 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 5 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 2 før 1 <input type="checkbox"/> mnd 4 før    1 <input type="checkbox"/> mnd 1 før	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall tabletter  <input type="text"/> antall spiseskjeer

**SVANGERSKAPETS 3 FØRSTE MÅNEDER**

181. Tok du noen av de følgende kosttilskudd i månedene 1 - 2 - 3?	182. Kryss av for hver måned du tok tilskudd.	183. Hvor ofte?	184. Antall?
<b>A. Multivitaminer</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer
<b>B. Spesielt Vitamin A - D tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer
<b>C. Spesielt Vitamin B tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer
<b>D. Spesielt Vitamin C tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer
<b>E. Spesielt Vitamin E tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer
<b>F. Spesielt Folinsyre, Folat eller Folsyre tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer
<b>G. Spesielt Fiskeolje eller tran tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer
<b>H. Q10</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer
<b>I. Kreatin</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer
<b>J. Jern</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer
<b>K. Andre tilskudd</b> 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Produktnavn:	1 <input type="checkbox"/> mnd 1 1 <input type="checkbox"/> mnd 2 1 <input type="checkbox"/> mnd 3	1 <input type="checkbox"/> pr dag 2 <input type="checkbox"/> pr uke 3 <input type="checkbox"/> pr mnd 4 <input type="checkbox"/> mindre enn 1 gang i mnd	<input type="text"/> antall <input type="text"/> tabletter  <input type="text"/> antall <input type="text"/> spiseskjeer

## FORANDRINGER I KOSTHOLDET

185. **Begynte du å unngå noen typer mat enten fordi du mente du ikke burde spise det eller fordi du ikke hadde lyst på det i månedene 1 - 2 - 3?**

- 1  Ja  
2  Nei

Hvis "Ja," forklar:

---

---

---

186. **Øket lysten på noen typer mat i månedene 1 - 2 - 3?**

- 1  Ja  
2  Nei

Hvis "Ja," forklar:

---

---

---

## LEPPE- ELLER GANESPALTE I FAMILIEN

187. **Ble du selv født med leppe- eller ganespalte?**

- 1  Nei  
2  leppespalte  
3  ganespalte  
4  leppe- og ganespalte

188. **Hadde noen av foreldrene dine leppe- eller ganespalte?**

- 1  Nei  
2  leppespalte  
3  ganespalte  
4  leppe- og ganespalte

189. **Har faren til det nyfødte barnet hatt leppe- eller ganespalte?**

- 1  Nei  
2  leppespalte  
3  ganespalte  
4  leppe- og ganespalte

190. **Har noen av foreldrene til barnefaren hatt leppe- eller ganespalte?**

- 1  Nei  
2  leppespalte  
3  ganespalte  
4  leppe- og ganespalte

191. **Har barnefaren barn med andre enn deg?**

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 195

192. **Hvis "Ja", angi antall.**

antall barn med andre

193. **Ble noen av disse andre barna født med leppe- eller ganespalte?**

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 195

194. **Hvis "Ja," angi antall:**

antall barn med leppespalte

antall barn med ganespalte

antall barn med leppe- og ganespalte

195. **Har noen andre av barnets slektninger, enten på din side eller på barnefarens side, hatt leppe- eller ganespalte?**

- 1  Ja  
2  Nei → Gå videre til sp 197

196. **Forklar hvorledes disse er i slekt med det nyfødte barnet. (f eks den nyfødtes tante)**

Slektskap:

- 
- 1  leppespalte  
2  ganespalte  
3  leppe- og ganespalte

Slektskap:

- 
- 1  leppespalte  
2  ganespalte  
3  leppe- og ganespalte

### 197. Avsluttende spørsmål:

Vi vil gjerne vite om du synes dette spørreskjemaet mangler noe som er viktig i forbindelse med denne undersøkelsen av fødselsskader. Hvis det er noe mer du synes vi bør vite om deg selv, om svangerskapet ditt, om familien din eller noe annet ber vi deg skrive det her.

---

---

---

---

---

---

Dags dato:             

          dag                    mnd                                    år

Takk for at du tok deg tid til å fylle ut spørreskjemaet. Vennligst send det tilbake til oss i den frankerte konvolutten som ligger vedlagt.

#### Neste og siste del av undersøkelsen:

Vi kommer til å sende deg et spørreskjema om ernæring og kosthold som vi ber deg fylle ut. Dessuten sender vi en pakke med bomullspinner for at vi kan få en prøve fra munnhulen til utvalgte medlemmer av familien. Vi kommer til å kontakte deg angående denne forsendelsen.

Hvis du har spørsmål i forbindelse med undersøkelsen, må du gjerne ringe vårt prosjektkontor på tlf nr. 55 97 47 07/09

#### Dine kommentarer:

Resten av denne siden skal brukes til dine kommentarer eller utfyllende forklaringer til enkelte av spørsmålene våre:

Kun for kontorbruk			
C + C	1	<input type="checkbox"/>	Ja
	2	<input type="checkbox"/>	Nei
PJ	1	<input type="checkbox"/>	Ja
	2	<input type="checkbox"/>	Nei



EKSTRA ARK FOR MER ENN TRE LEVENDEFØDTE BARN:

Fortsett her med ditt fjerde levendefødte barn. Ta ikke med det nyfødte barnet ditt.

	Fjerde barn	Femte barn	Sjette barn																																				
44. Når ble barnet født?	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>dag</td><td>mnd</td><td colspan="2">år</td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dag	mnd	år				<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>dag</td><td>mnd</td><td colspan="2">år</td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dag	mnd	år				<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>dag</td><td>mnd</td><td colspan="2">år</td><td></td><td></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dag	mnd	år			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
dag	mnd	år																																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
dag	mnd	år																																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
dag	mnd	år																																					
45. Var barnet enkeltfødt, tvilling, trilling?	1 <input type="checkbox"/> enkeltfødt 2 <input type="checkbox"/> tvilling 3 <input type="checkbox"/> trilling	1 <input type="checkbox"/> enkeltfødt 2 <input type="checkbox"/> tvilling 3 <input type="checkbox"/> trilling	1 <input type="checkbox"/> enkeltfødt 2 <input type="checkbox"/> tvilling 3 <input type="checkbox"/> trilling																																				
46. Ammet du dette barnet?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei → Gå videre til sp 48	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei → Gå videre til sp 48	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei → Gå videre til sp 48																																				
47. Når stoppet du daglig amming av barnet?	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">mnd</td><td colspan="4">år</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mnd		år				<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">mnd</td><td colspan="4">år</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mnd		år				<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">mnd</td><td colspan="4">år</td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mnd		år			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
mnd		år																																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
mnd		år																																					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																		
mnd		år																																					
48. Var faren til det nye barnet også far til dette barnet?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei 8 <input type="checkbox"/> Vet ikke																																				
49. Bor dette barnet hos deg?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei																																				
50. Ble barnet født med misdannelser?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Hvis "Ja," beskriv:	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Hvis "Ja," beskriv:	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei Hvis "Ja," beskriv:																																				
51. Lever dette barnet fremdeles?	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei	1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> Nei																																				

VEND TILBAKE TIL SIDE 7 SPØRSMÅL 52.