

ENKÄT OM LUFTVÄGS-, NÄS- OCH HUDBESVÄR HOS BARN I ÅRSKURS 1 OCH 2 I LULEÅ, KIRUNA OCH PITEÅ KOMMUNER, 2006

Skola	Klass
-------	-------

Barnets namn

Pojke	
Flicka	

Barnets personnummer 10 siffror

Barnets hemadress
Barnets hempostnr
Barnets hemtelefonnr

Dagens datum	År	Månad	Dag
--------------	----	-------	-----

Namn på den förälder/vårdnadshavare som besvarat enkäten

..... tel nr hem tel nr arb

Frågor numrerade med **fet** siffra besvaras av alla.

Huvudfrågor – pipande och väsende andning

Sätt kryss i ja, nej eller lämplig ruta.

1.	Har barnet någonsin haft väsende eller pipande andningsljud i bröstet? Om du svarat ”nej” var god gå direkt till fråga 6.	JA	NEJ
----	---	----	-----

=====

2.	Har barnet haft väsende eller pipande andningsljud i bröstet någon gång under de senaste 12 månaderna ? Om du svarat ”nej” var god gå direkt till fråga 6.	JA	NEJ
----	--	----	-----

3.	Hur många episoder med väsende andning har barnet haft under senaste 12 månaderna	Ingen	1 - 3 ggr	4 - 12 ggr	Mer än 12 ggr
----	--	-------	-----------	------------	---------------

		Aldrig vaknat med besvär	Mindre än 1 natt/vecka	1 eller flera nätter/vecka
4.	Under de senaste 12 månaderna , hur ofta har i genomsnitt barnets sömn störts av väsende andning?			

		JA	NEJ
5.	Under de senaste 12 månaderna , har barnets väsende andning någon gång varit så svår att det endast kunnat säga ett - två ord mellan andetaget?		

=====

		JA	NEJ
6.	Har barnet någonsin haft astma?		
7.	Under de senaste 12 månaderna , har barnet haft väsende i bröstet under eller efter ansträngning?		
8.	Under de senaste 12 månaderna , har barnet haft nattlig torrhosta utan att ha varit förkyldt eller att ha haft en infektion i bröstet?		

Tilläggsfrågor – pipande och väsande andning

9.	Har barnet under de senaste 12 månaderna haft pipande eller väsande andning utan samtidig förkylning?	JA	NEJ
10.	Tycker Du att barnet har lika bra ork (kondition) som sina jämnåriga kamrater?		
11.	Deltar barnet i skolans gymnastik och idrott i full omfattning ?		
12.	Har barnet under de senaste 12 månaderna varit hemma från skolan vid något tillfälle pga andningsbesvär eller astma?		
13.	Har barnet av läkare fått diagnosen astma?		
14.	Går barnet på regelbundna kontroller för astma?		

15.	Hur ofta har barnet behövt ta medicin pga astma under de senaste 12 månaderna ?	Aldrig	Ibland	Ofta/ periodvis	Varje dag
-----	--	--------	--------	--------------------	-----------

16.	Om barnet behövt ta medicin, har barnet använt något av följande?	JA	NEJ
	Ventoline, Bricanyl, Inspiryl eller andra luftvägsvidgande		
	Becotide, Pulmicort, Flutide eller andra kortisonpreperat		
	Oxix eller Serevent (långtidsverkande luftvägsvidgande)		
	Symbicort eller Seretide (kombinationspreperat)		
	Lomudal, Singulair eller annat		

17.	Under de senaste 12 månaderna , hur mycket påverkade barnets andningsbesvär/astma barnets dagliga aktiviteter?	Har inga besvär/ inte alls	Något, litet	Måttligt	Ganska mycket
18.	Tycker du att barnets andningsbesvär/astma förvärras när barnet är i skolan?				

Huvudfrågor vid näsbesvär

		JA	NEJ
19.	Har barnet någonsin varit besvärat av nysningar, rinnsnuva eller nästäppa utan att ha varit förkyld? Om du svarat ”nej”, var god gå direkt till fråga 25		

=====

		JA	NEJ
20.	Har barnet under de senaste 12 månaderna varit besvärat av nysningar, rinnsnuva eller nästäppa utan att ha varit förkyld? Om du svarat ”nej”, var god gå direkt till fråga 25		

=====

		JA	NEJ
21.	Har under de senaste 12 månaderna dessa näsbesvär förekommit samtidigt med kliande, rinnande ögon?		

22.	Vilken/vilka månader hade barnet dessa näsbesvär? Sätt X i lämpliga rutor							
	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni		
	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December		

		Inte alls	Något litet	Måttligt	Ganska mycket
23.	Under de senaste 12 månaderna , hur mycket på verkade näsbesvären barnets dagliga aktiviteter?				

		Aldrig	Ibland	Ofta/periodvis	Varje dag
24.	Hur ofta har barnet behövt ta medicin pga allergiska näs- eller ögonbesvär under de senaste 12 månaderna ?				

=====

		JA	NEJ
25.	Har barnet någonsin haft ”hösnuva”?		

		JA	NEJ
26.	Har barnet av läkare fått diagnosen hösnuva eller allergiska näs-/ögonbesvär?		

Huvudfrågor vid hudbesvär

		JA	NEJ
27.	Har barnet någonsin haft ett kliande utslag som kommit och gått under minst 6 månader? Om du har svarat "nej" var god gå direkt till fråga 34.		

=====

		JA	NEJ
28.	Har barnet haft detta kliande utslag någon gång under de senaste 12 månaderna ? Om du har svarat "nej" var god gå direkt till fråga 34.		

		JA	NEJ
29.	Har detta kliande utslag vid något tillfälle förekommit på något av följande ställen: armveckan, knäveckan, fotleder, på lårens baksidor eller på halsen, kring öronen eller ögonen?		

		Under 2 år	2-4 år	5 år - äldre
30.	Vid vilken ålder fick barnet detta kliande utslag för första gången?			

		JA	NEJ
31.	Har detta utslag helt försvunnit vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna ?		

		Aldrig	Ej så ofta som 1 natt/v	1 el flera nätter/ vecka
32.	Under de senaste 12 månaderna , hur ofta, i genomsnitt, har detta kliande utslag hållit barnet vaket nattetid?			

		Aldrig	Ibland	Ofta
33.	Hur ofta använder barnet kortisonsalva för eksemet?			

=====

		JA	NEJ
34.	Har barnet någonsin haft eksem?		

		JA	NEJ
35.	Har barnet av läkare fått diagnosen eksem?		

36.	Har barnet någonsin haft symtom på nickelallergi, dvs klåda/utslag av smycken, tex halssmycken, öronringar, metallknappar eller spännen?	JA	NEJ
37.	Har barnet hål i öronen?		

Frågor om matallergi

		JA	NEJ
38.	Är barnet allergisk mot något i maten? Om ”ja” besvara fråga 39.		

39.	Reagerar barnet på något av följande? Kryssa lämpliga alternativ. (Flera alternativ på varje rad möjliga)
-----	--

	Vet ej	Inga besvär	Klåda i munnen	Andningsbesvär	Kräkningar, diarré eller ont i magen	Kliande utslag
Mjök						
Ägg						
Fisk						
Skaldjur						
Vetemjöl						
Soja						

Äpplen						
Persikor						
Kiwi						
Avokado						
Banan						
Apelsin						

Råa morötter						
Potatis						

Jordnötter						
Nötter						
Mandel						

Annat, vad?						
.....						
.....						

Barnets bakgrundsdata

40.	Vad var barnets födelsevikt?gram
------------	--

41.	Till vilken ålder fick barnet bröstmjök?månader
------------	---

42.	Vid vilken ålder fick barnet för första gången tillägg/ersättning/välling?månader
------------	---

43.	Hur många syskon har barnet?
------------	------------------------------

44.	Vilket barn i ordningen är barnet?
------------	------------------------------------

45.	Vad är barnets nuvarande längd? cm
------------	--

46.	Vad är barnets nuvarande vikt? kg
------------	---

47.	Förekommer allergiska besvär hos övriga familje-medlemmar? Sätt kryss i aktuell ruta, även om besvären försvunnit.	Far	Mor	Syskon
	Astma			
	allergiska näs/ögonbesvär			
	Eksem			
	ofta luftvägskatarr			

48.	Vistades barnet på daghem/förskola före skolåldern? Kryssa för lämpligt alternativ.
	Aldrig
	Började första gången före ett års ålder
	Började första gången mellan 1 och 2 års ålder
	Började första gången efter 2 års ålder

49.	Vistades barnet på familjedaghem/dagmamma före skolåldern? Kryssa för lämpligt alternativ.
	Aldrig
	Började första gången före ett års ålder
	Började första gången mellan 1 och 2 års ålder
	Började första gången efter 2 års ålder

50.	Har barnet haft	JA	NEJ
------------	-----------------	----	-----

	Kikhosta		
	Krupp		
	Lunginflammation		
	svårare luftvägssjukdom, t ex RS-virus		
	övrig svårare infektionssjukdom		

		JA	NEJ
51.	Brukar barnet vara förkyllt mer än 6 ggr/år?		

		JA	NEJ
52.	Brukar barnet hosta mer än 2 veckor i samband med förkylning?		

Barnets bostad och miljö

53. Var och i vilken typ av bostad bodde barnet under det första levnadsåret?
 Ange bostadsort samt sätt kryss i lämplig ruta för typ av område (stad/tätort eller ute på landet) och typ av bostad. (Om flera bostäder, ange den som barnet bott längst i under det första levnadsåret)

Bostadsort	Typ av område		Typ av bostad	
	Stad	Landsbygd	Villa/radhus	Lägenhet

54. Kompletterande frågor kring barnets nuvarande eller tidigare bostad samt miljö.
 Har nedanstående förekommit? Sätt kryss i tillämpliga rutor i tabellen.

	Nuvarande bostad	Tidigare bostad	Aldrig
Tecken på fukt- eller mögelskada			
Förekomst av imma/fukt på insidan av fönstren			
Braskamin/vedeldning			
Större trafikerad väg eller mycket använd busshållplats inom 200 m från hemmet			
Bilverkstad, större garage eller bensinstation inom 200 m från hemmet			
Stall eller ladugård inom 200 m från hemmet			

55.	Nuvarande bostaden är:	Ungefärligt	Antal rum	Ungefärlig
-----	------------------------	-------------	-----------	------------

	Villa/radhus		Byggnadsår	inkl kök	bostadsyta
	Lägenhet				

56.	Hur många vuxna bor i hemmet?
57.	Hur många barn bor i hemmet?

Djur, fritid och kost

58.	Har Ni nu eller har Ni tidigare haft husdjur någon gång under barnets uppväxt? Kryssa i tillämpliga rutor i tabellen.	Nu	Tidigare under barnets uppväxt	Aldrig
	Katt			
	Hund			
	Kanin/marsvin/hamster			
	Annat pälsbärande djur			
	Burfågel			
	Annat husdjur			

		JA	NEJ
59.	Fanns pälsdjur under någon period under barnets första två levnadsår?		
60.	Har Du/Ni valt att inte ha pälsdjur (tex katt eller hund) på grund av allergi i familjen?		
61.	Har Du/Ni valt att inte ha pälsdjur (tex katt eller hund) på grund av rädsla för att barnet ska bli allergiskt?		

62.		Nu	Tidigare under barnets uppväxt	Aldrig
	Har eller har familjen haft jordbruk?			

		JA	NEJ
63.	Rider barnet?		
	Rider annan familjemedlem?		

		JA	NEJ
64.	Idrottar barnet regelbundet inomhus?		
	Idrottar barnet regelbundet utomhus?		
	Idrottar barnet regelbundet i ishall?		

65.	Hur ofta äter barnet någon slags frukt?	
	Varje dag, minst två	

	Varje dag, ungefär en	
	Nästan varje dag	
	1-3 gånger per vecka	
	Mindre än en gång per vecka	

66.	Hur ofta äter barnet fisk?	
	Minst 3 gånger per vecka	
	Ungefär 2 gånger gånger per vecka	
	Ungefär 1 gång per vecka	
	Ungefär 1-3 gånger per vecka	
	Mindre än 1 gång per månad	
	Aldrig	

67.	Hur ofta äter barnet snabbmat (t.e.x mat från Mac Donalds, Frasses, Max eller andra grill- och korvkiosker)?	
	Ungefär 1 gång per dag	
	Ungefär varannan dag	
	Ungefär 2 gånger per vecka	
	Ungefär 1 gång per vecka	
	Enstaka gånger per månad	
	Aldrig eller nästan aldrig	

Rökvanor i familjen Kryssa i tillämpliga rutor i tabellen.

		Röker inte	Röker 0-4 cig/dag	Röker 5-14 cig/dag	Röker 15-24 cig/dag	Röker 25 cig/dag eller mer
68.	Far					
	Mor					
	Annan familjemedlem					

		Nej, aldrig	Ja, högst 1 ggr/ vecka	Ja, mer än 1 dag/vecka
69.	Brukar någon röka inomhus eller under köksfläkten i hemmet?			

	Förekom rökning hemma under barnets första levnadsår?	JA	NEJ
70.	Far rökte		
	Mor rökte		
	Annan familjemedlem rökte		

		JA	NEJ
71.	Rökte modern under graviditeten?		

Tack för Din medverkan!