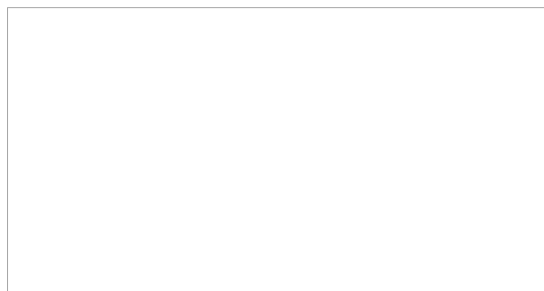




Karolinska Institutet

Institutet för miljömedicin
BAMSE-sekretariatet

bamse-projekt@imm.ki.se
08-524 800 32



Enkät ungdom

16-årsuppföljningen i BAMSE-studien

Nu är det dags för en ny uppföljning i BAMSE-studien. Hittills har studien gett viktig information om allergisjukdomar och bidragit till utvecklingen av förbättrade metoder för att diagnostisera allergi.



För några veckor sedan skickade vi en inbjudan till dig om att besvara våra enkäter på Internet. Detta är fortfarande möjligt via:

www.folkhalsoguiden.se/bamse
användarnamn: ❶ i adressetiketten
lösenord: ❷ i adressetiketten

Föredrar du att svara på en pappersenkät, så håller du den nu i din hand.

Alla svar är viktiga för oss, även om du inte har några allergisjukdomar.

Det tar ungefär 20-30 minuter att besvara enkäten. Skicka sen din och föräldrarnas enkät tillbaka till oss med det bifogade frisvarskuvert.

Klinisk undersökning

När du svarat på enkäten kommer vi att höra av oss och erbjuda en tid för undersökning på BAMSE-mottagningen liknande den vid 8 års ålder.

För deltagandet i den kliniska undersökningen får du ett **presentkort på 500 kr** som går att använda i många olika affärer och butiks kedjor.



Postadress
BAMSE-Projektet
Institutet för miljömedicin
Box 210
S-171 77 Stockholm

Besöksadress
Gustaf V Forskningsinstitut
inom Karolinska sjukhusets
område i Solna

Telefon
08-524 800 00, vx
08-524 800 32, dir
Fax
08-33 43 33

E-post
Bamse-projekt@imm.ki.se
Webb
www.folkhalsoguiden.se/bamse

De olika momenten som ingår i den kliniska undersökningen är:

- Kontaktallergi-test med plåster (lapptest) som bland annat innehåller ämnena nickel, gummi och parfymer.
- Lungfunktionstest
- Blodprov i armvecket för undersökning av eventuella allergier som kommer att testas för bland annat pollen, pälsdjur och födoämnen. Det finns möjlighet att få bedövningssalva (EMLA) innan provet tas.
- Nässköljning för att undersöka inflammatoriska celler i nässlemhinnan.
- Mätning av längd, vikt och blodtryck
- Salivprov för mätning av stresshormon. Detta görs hemma efter besöket på mottagningen med material som delas ut av personalen.

Undersökningen sker på Karolinska universitetssjukhuset i Solna.

Mer information om BAMSE-projektet och om hur undersökningen går till finns på vår hemsida www.folkhalsoguiden.se/bamse

För frågor och synpunkter kontakta BAMSE-sekretariatet på telefon **08-524 800 32** eller E-post **bamse-projekt@imm.ki.se**

Med bästa hälsningar

Inger Kull,
sjuksköterska
Projektansvarig

Magnus Wickman,
barn- och ungdomsläkare
Projektansvarig

Om deltagande och sekretess

Det är som tidigare frivilligt att vara med i BAMSE-studien och medverkan kan avbrytas när som helst. Även om ert barn inte har några allergibesvär är svaren viktiga för att vi ska kunna jämföra ungdomar med och utan besvär.

Alla uppgifter behandlas konfidentiellt; era svar och resultat kommer att behandlas så att inga obehöriga kan ta del av dem (Centrala Erikprövningsnämnden Dnr Ö 5-2004). Innan den kliniska undersökningen kommer vi att be er om ett samtycke. Ni kan tacka ja eller nej till olika delar av undersökningen. Vid samtycke från er kommer NN:s blodprover att sparas i en biobank. Biobanken är inte åtkomlig för andra personer och vi kommer inte att göra något med proverna som ni inte godkänner. Alla svar och prover kommer att avidentifieras, vilket innebär att namn och personnummer kommer att tas bort och ersättas med ett identitetsnummer.

Exempel på avidentifiering: Anna Andersson, 940404-0404 tas bort och får istället ID-nummer 55.

Karolinska Institutet samarbetar med andra universitet. Därför kan det förekomma att avidentifierade data skickas till universitet både inom och utanför EU/EES-området. Det krävs då att landet har en mycket hög skyddsnivå, lik den Sverige har. För mer information, se Personuppgiftslagen 34§ www.datainspektionen.se). Personuppgiftsansvarig för studien är Karolinska Institutet.

Hej

Kul att du vill vara med och svara på frågor om allergisjukdomar och hur du mår!

Vi ställer samma frågor till 4 000 ungdomar i din ålder som alla också är med i BAMSE-studien. Dina svar är viktiga för oss och ingen obehörig kan se hur just du har svarat.

1. Vad har du för e-postadress?

E-postadress

2. Vad har du för mobiltelefonnummer?

Mobilnummer

3. Stämmer din adress som finns på etiketten på framsidan?

- Nej
 Ja

4. Du kan rätta din adress här om något inte stämmer på etiketten:

Förnamn	Efternamn
Gatuadress	Postnr och ort

DIN HÄLSA

Markera i varje nedanstående grupp en ruta som bäst beskriver ditt hälsotillstånd i dag.

5. Rörlighet

- Jag går utan svårighet
 Jag kan gå men med viss svårighet
 Jag är sängliggande

6. Hygien

- Jag behöver ingen hjälp med min dagliga hygien, mat eller påklädning
 Jag har vissa problem med att tvätta eller klä mig
 Jag kan inte tvätta eller klä mig själv

7. Huvudsakliga aktiviteter (t.ex. att gå i skolan, familje- och fritidsaktiviteter, hobbies, sportaktiviteter)

- Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag har vissa problem med att klara av mina huvudsakliga aktiviteter
- Jag klarar inte av mina huvudsakliga aktiviteter

8. Smärtor/besvär

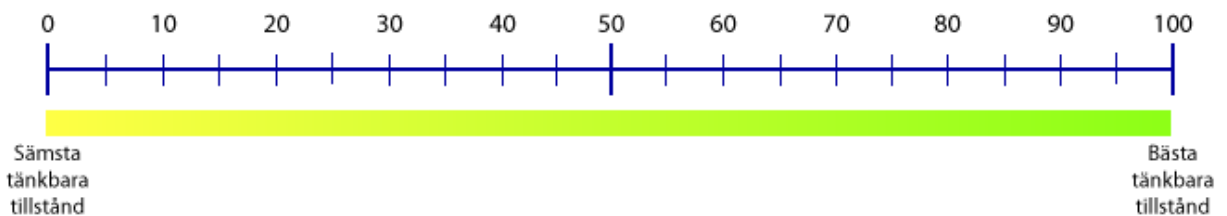
- Jag har varken smärtor eller besvär
- Jag har måttliga smärtor eller besvär
- Jag har svåra smärtor eller besvär

9. Oro/nedstämdhet

- Jag är inte orolig eller nedstämd
- Jag är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

10. Ditt hälsotillstånd

På en skala från 0-100, där 0 är det sämsta tänkbara hälsotillstånd och 100 är det bästa tänkbara hälsotillstånd du kan tänka dig, vart ligger du?



Vi vill att du bedömer hur bra eller dåligt ditt hälsotillstånd är och skriver siffran (mellan 0 - 100) i rutan.

11. Hur mår du?

- Utmärkt
- Mycket bra
- Bra
- Ganska bra
- Dåligt

12. Hur frisk tycker du att du är?

- Helt frisk
- Ganska frisk
- Inte särskilt frisk

13. Hur trivs du med livet just nu?

- Jag trivs mycket bra
- Jag trivs ganska bra
- Jag trivs inte särskilt bra
- Jag trivs inte alls

FYSISK AKTIVITET OCH MOTION

14. Hur många timmar under en vanlig vecka har du - de senaste 12 månaderna - utfört mycket ansträngande aktiviteter (tungt lyft, aerobics, cyklat snabbt ...)?

Sommaren: _____ timmar i veckan

Vintern: _____ timmar i veckan

15. Hur många timmar under en vanlig vecka har du - de senaste 12 månaderna - utfört ganska ansträngande aktiviteter (cyklat i vanligt tempo, burit lättare saker, ...)?

Sommaren: _____ timmar i veckan

Vintern: _____ timmar i veckan

16. Hur många timmar under en vanlig vecka har du - de senaste 12 månaderna – utfört mindre ansträngande aktiviteter (promenerat, ...)?

Sommaren: _____ timmar i veckan

Vintern: _____ timmar i veckan

17. Hur många idrottslektioner är du med på i skolan per vecka?

- Mindre än 1 lektion
- 1 lektion
- 2 lektioner
- 3 lektioner
- 4 lektioner eller fler
- Har inte skolidrott

18. Hur många timmar tittar du på TV, använder datorn, spelar dator-/TV-spel eller läser per dag?

Sommaren: _____ timmar om dagen

Vintern: _____ timmar om dagen

19. Hur många timmar sover du i genomsnitt per natt?

_____ timmar

ASTMA OCH ANDNINGSBESVÄR

20. Har du - de senaste 12 månaderna - haft pipande eller väsande andning?

- Nej
 Ja



Gå till fråga 28



21. Hur många gånger har du haft besvär med pipande eller väsande andning de senaste 12 månaderna?

- 1-3
 4-12
 Fler än 12

22. Har du - de senaste 12 månaderna - undvikit att göra saker du velat på grund av pipande eller väsande andning?

- Nej
 Ja



Gå till fråga 24



23. Hur mycket har pipande eller väsande andning hindrat dig från att göra saker du velat de senaste 12 månaderna?

- Lite
 Måttligt
 Ganska mycket
 Mycket

24. Har du - de senaste 12 månaderna - haft svårt att sova eller vaknat på grund av pipande eller väsande andning?

- Nej, vaknar aldrig
 Mindre än 1 gång i veckan
 1 eller flera gånger i veckan

25. Har du - de senaste 12 månaderna - varit borta från skolan på grund av pipande eller väsande andning?

- Nej
 Ja



Gå till fråga 27



26. Hur många dagar har du varit borta från skolan på grund av pipande eller väsande andning de senaste 12 månaderna?

- Mindre än 5 dagar
 5-10 dagar
 Mer än 10 dagar

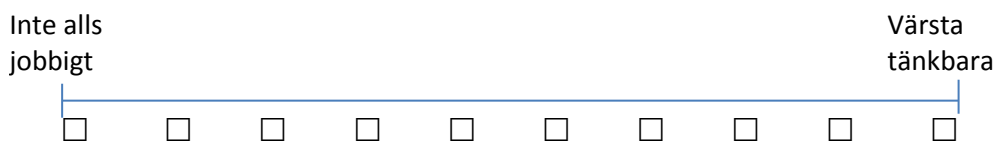
27. Har du - de senaste 12 månaderna - haft så svåra besvär med pipande eller väsende andning att du behövt ta nya andetag mitt i en mening?

- Nej
- Ja

28. Har du - de senaste 12 månaderna - haft andningsbesvär (haft tungt att andas, känt dig tät i bröstet, haft pipande eller väsende andning)?

- Nej
- Ja

29. Om du haft andningsbesvär eller pipande eller väsende andning, hur jobbigt upplevde du att det var de senaste 12 månaderna? Markera med ett kryss på linjen.



30. Har du - de senaste 12 månaderna - haft pipande eller väsende andning, tungt att andas eller besvärande hosta i samband med något av nedanstående?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nej, jag har inte haft besvär av något av dessa | <input type="checkbox"/> Psykisk belastning eller stress |
| <input type="checkbox"/> Kall luft eller dimma | <input type="checkbox"/> Tobaksrök |
| <input type="checkbox"/> Katt | <input type="checkbox"/> Luftföroreningar |
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Starka dofter |
| <input type="checkbox"/> Häst | <input type="checkbox"/> Mat eller matos |
| <input type="checkbox"/> Björkpollen | <input type="checkbox"/> Kall dryck |
| <input type="checkbox"/> Gräspollen | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Gråbopollen | |

31. Har du - de senaste 12 månaderna - haft pipande eller väsende andning, tungt att andas eller besvärande hosta i samband med ansträngning?

- Nej
- Ja

32. Har du - de senaste 12 månaderna - använt några mediciner för astma eller andningsbesvär?

- Nej
- Ja



Gå till fråga 42

33. Vilka mediciner för astma eller andningsbesvär har du använt de senaste 12 månaderna?



	Vid behov eller under en kortare period, några veckor i taget	Under en längre period, minst 2 månader
Bricanyl, Ventoline, Airomir, Buventol, Sabufarm, Salbutamol Arrow, Ventilastin Novolizer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmicort, Flutide, Becotide, Giona Easyhaler, Beclomet, Astmanex, AeroBec Autohaler, Budesonid Arrow, Novopulmon Novolizer, Flixotaid Diskus, Atemur Diskus, Alvesco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symbicort, Seretide, Assime Turbuhaler, Rilast Turbuhaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxis, Serevent, Foradil, Formatris Novolizer, Onbrez Breezhaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Combivent, Ipramol, Sapiomol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Singulair tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Om du använder luftrörsvidgande medicin (Bricanyl, Ventoline, Airomir, Buventol, ...) hur ofta använder du dem under en vanlig vecka?

- Mindre än 2 gånger per vecka
- 2 gånger eller mer per vecka

35. Har du - de senaste 12 månaderna - tagit kortisonpiller upplösta i vatten (t.ex. Betapred) mot astma eller andningsbesvär?

- Nej
- Ja

36. Har du tagit kortisonpiller upplösta i vatten 3 dagar i sträck eller mer de senaste 12 månaderna?

- Nej
- Ja

37. Har du använt mediciner för astma eller andningsbesvär som är utskrivna till någon annan?

- Nej
- Ja, delvis
- Ja, helt

38. Har någon annan använt dina mediciner för astma eller andningsbesvär?

- Nej
- Ja, delvis
- Ja, helt

39. Hur många inhalatorer av samma märke brukar du ha samtidigt (men kanske på olika ställen)?

- 1 inhalator
- 2 inhalatorer
- 3 inhalatorer
- Fler än 3 inhalatorer

40. Hur ofta händer det att du använder din inhalator tills den tar slut?

- Aldrig
- Sällan
- Ofta
- Alltid


41. Har du fått undervisning kring din astmasjukdom av sjuksköterska eller läkare (t.ex. vad astma är för sjukdom, hur medicinerna fungerar och vad du skall göra vid försämring) ?

- Nej
- Ja


42. Har du - de senaste 12 månaderna - haft torrhosta under natten utan att samtidigt vara förkyld?

- Nej
- Ja

43. Har du besvärats av hosta större delen av tiden under minst 3 månader per år?

- Nej
- Ja  Hur många år? _____ år

44. Har du besvärats av slem från bröstet större delen av tiden under minst 3 månader per år?




- Nej
- Ja  Hur många år? _____ år

45. Om du har andningsbesvär eller astma, har det...

	Inte alls	Lite	En del	Ganska mycket	Mycket
hindrat dig i skolarbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hindrat dig i fritidsaktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oroat dig de senaste 4 veckorna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HUDBESVÄR OCH EKSEM

46. Har du - de senaste 12 månaderna - haft besvär med torr hud?

- Nej    Gå till fråga 48
- Ja



47. Har du - de senaste 12 månaderna - smort dig med mjukgörande kräm/lotion på grund av torr hud?

- Nej
- Ja, mindre än 1 månad
- Ja, 1-6 månader
- Ja, mer än 6 månader

48. Har du - de senaste 12 månaderna - haft kliande utslag?

- Nej
- Ja



Gå till fråga 66



49. Hur länge brukar de kliande utslagen hålla i sig?

- Mindre än 1 vecka
- 1-2 veckor
- Mer än 2 veckor

50. Var fanns de kliande utslagen de senaste 12 månaderna?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I hårbotten | <input type="checkbox"/> På handleder eller fotleder |
| <input type="checkbox"/> I ansiktet | <input type="checkbox"/> På händerna |
| <input type="checkbox"/> På öronen | <input type="checkbox"/> På eller under skinkorna |
| <input type="checkbox"/> På halsen eller i nacken | <input type="checkbox"/> På lårens insidor |
| <input type="checkbox"/> På bröstkorg, mage, rygg eller skuldror | <input type="checkbox"/> I ljumsken eller underlivet |
| <input type="checkbox"/> I armhålorna | <input type="checkbox"/> På fötterna |
| <input type="checkbox"/> På armarnas eller benens utsidor | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> I armveck eller knäveck | |

51. Under vilken period på året har du haft kliande utslag de senaste 12 månaderna?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Januari | <input type="checkbox"/> Juli |
| <input type="checkbox"/> Februari | <input type="checkbox"/> Augusti |
| <input type="checkbox"/> Mars | <input type="checkbox"/> September |
| <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> Oktober |
| <input type="checkbox"/> Maj | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> Juni | <input type="checkbox"/> December |



52. Har de kliande utslagen försvunnit helt vid någon tidpunkt de senaste 12 månaderna?

- Nej
- Ja

53. Har du - de senaste 12 månaderna - haft svårt att sova eller vaknat på grund av kliande utslag?

- Nej
- Mindre än 1 gång i veckan
- 1 eller flera gånger i veckan

54. Har du - den senaste veckan - haft kliande utslag?

- Nej
 - Ja
-  Gå till fråga 66
- 

55. Under den senaste veckan, hur kliande, öm eller smärtande har din hud känts?

- Våldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

56. Under den senaste veckan, hur generad eller besvärad, bedrövad eller ledsen har du varit på grund av din hud?

- Våldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

57. Under den senaste veckan, har din hud påverkat hur det varit att vara med dina vänner?

- Våldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

58. Under den senaste veckan, har du bytt eller haft på dig andra eller speciella kläder/skor på grund av din hud?

- Våldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

59. Under den senaste veckan, har dina hudbesvär påverkat dig när det gäller att gå ut , eller hålla på med dina hobbies?

- Våldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

60. Under den senaste veckan, har du undvikit simning eller andra sporter på grund av dina hudbesvär?

- Väldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

61. Under den senaste veckan, påverkade din hud ditt skolarbete?

- Kunde inte gå i skolan på grund av hudbesvär
- Väldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

62. Om du haft lov: Under den senaste veckan, har dina hudbesvär stört dig från att njuta av lovet?

- Väldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

63. Under den senaste veckan, hur mycket besvär har du haft på grund av din hud med att andra personer har gett dig öknamn, retat dig, mobbat dig, ställt frågor eller undvikit dig?

- Väldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

64. Under den senaste veckan, hur mycket har din sömn påverkats av dina hudbesvär?

- Väldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

65. Under den senaste veckan, hur mycket problem har du haft med behandlingen av din hud?

- Väldigt mycket
- Ganska mycket
- Bara lite
- Inte alls

66. Har du - de senaste 12 månaderna - haft eksem?

- Nej
- Ja



Gå till fråga 69



67. Hur länge har du haft eksem sammanlagt de senaste 12 månaderna?

- Mindre än 1 månad
- 1-3 månader
- 4-6 månader
- Mer än 6 månader

68. Har du smort dig med kortison på grund av eksem de senaste 12 månaderna?

- Nej
- Ja, mindre än 1 månad
- Ja, 1-6 månader
- Ja, mer än 6 månader

69. Har du - någon gång - haft handeksem (kliande förändring i huden, blåsor eller kliande utslag)?

- Nej
- Ja



Gå till fråga 72

70. Hur gammal var du när handeksemet började?

_____ år

71. Har du - de senaste 12 månaderna - vid något tillfälle haft handeksem?

- Nej
- Ja

72. Hur många gånger kommer dina händer i kontakt med vatten under en dag? (Räkna inte med den tid då du skyddar händerna med handskar)

- Ingen gång per dag
- 1-10 gånger per dag
- 11-20 gånger per dag
- 21-30 gånger per dag
- Mer än 30 gånger per dag

73. Har du - någon gång - fått kliande utslag eller eksem (rodnad, blåsor eller fjällning) av smink eller produkter för din hygien?

- Nej
- Ja



Gå till fråga 75

74. Av vad har du fått besvär?

(fler alternativ kan kryssas i)

- Smink eller parfym
- Deodorant
- Schampo eller balsam
- Tvål eller duschkräm
- Annat

75. Har du - någon gång - färgat håret? (Färgat, tonat, blekt eller gjort slingor i ditt hår, hemma eller hos frisör)

- Nej
- Ja



Gå till fråga 78



76. Har du - någon gång - fått besvär vid hårfärgning?

- Nej
- Ja



Gå till fråga 78



77. På vilket sätt har du reagerat när du färgat håret?

- Reaktion i ansikte, hårbotten, på öron eller hals (rodnad, fjällning, klåda)
- Kraftig reaktion i ansikte, hårbotten, på öron eller hals (svullnad, vätskande utslag)
- Reaktion på händerna (rodnad, fjällning, klåda)
- Annat

78. Har du - någon gång - fått kliande utslag eller eksem (rodnad, blåsor eller fjällning) av latex eller gummi (ballonger, gummihandskar, kondomer ...)?

- Nej
- Ja



Gå till fråga 80



79. Av vilka latex-/gummi produkter har du fått besvär?

- Ballonger vid ballongblåsning
- Gummihandskar
- Kondomer
- Annat

80. Har du - någon gång - tagit hål i öronen eller gjort hål för smycken någon annanstans på kroppen?

- Nej
- Ja

81. Har du någon tatuering?

- Nej
 Ja



Gå till fråga 83



82. Har du - någon gång - fått kliande utslag eller eksem (rodnad, blåsor eller fjällning) av din tatuering?

- Nej
 Ja

83. Har du - någon gång - fått kliande utslag eller eksem (rodnad, blåsor eller fjällning) av metallföremål?

- Nej
 Ja



Gå till fråga 85



84. Av vad har du fått kliande utslag eller eksem?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Armband, halsband, fingerring eller annat smycke (utom smycken för håll) | <input type="checkbox"/> Glasögon eller solglasögon |
| <input type="checkbox"/> Smycken för håll | <input type="checkbox"/> Hårspänne eller liknande |
| <input type="checkbox"/> Knapp, nit, spänne, dragkedja, skärp eller liknande i kläder | <input type="checkbox"/> Mobiltelefon |
| <input type="checkbox"/> Knapp, nit, spänne, dragkedja eller liknande i sandaler, skor eller stövlar | <input type="checkbox"/> Hörlurar eller liknande |
| <input type="checkbox"/> Kläder | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Klocka eller klockarmband | |

85. Om du har hudbesvär eller eksem, har det...

	Inte alls	Lite	En del	Ganska mycket	Mycket
hindrat dig i skolarbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hindrat dig i fritidsaktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oroat dig de senaste 4 veckorna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NÄS- ELLER ÖGONBESVÄR

86. Har du - de senaste 12 månaderna - haft nysningar, kliande näsa, rinnsnuva eller nästäppa utan att du samtidigt varit förkyld?

- Nej, jag har inte haft besvär av något av dessa
 Ja, nysningar
 Ja, kliande näsa
 Ja, rinnsnuva
 Ja, nästäppa



Gå till fråga 92

87. Har du haft nysningar, kliande näsa, rinnsnuva eller nästäppa i mer än 4 dagar utan att samtidigt vara förkyld de senaste 12 månaderna?

- Nej
 Ja



Gå till fråga 89



88. Hände detta under 4 veckor i sträck de senaste 12 månaderna?

- Nej
 Ja

89. Hur länge har du haft dessa besvär utan att samtidigt vara förkyld de senaste 12 månaderna?

- Mindre än 1 månad
 1-3 månader
 3-6 månader
 Mer än 6 månader

90. Har dessa näsbesvär - de senaste 12 månaderna - förekommit samtidigt med kliande, rinnande ögon?

- Nej
 Ja

91. Under vilken period på året har du haft besvär med nysningar, kliande näsa, rinnsnuva eller nästäppa de senaste 12 månaderna?

(Flera alternativ kan kryssas i)



- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Januari | <input type="checkbox"/> Juli |
| <input type="checkbox"/> Februari | <input type="checkbox"/> Augusti |
| <input type="checkbox"/> Mars | <input type="checkbox"/> September |
| <input type="checkbox"/> April | <input type="checkbox"/> Oktober |
| <input type="checkbox"/> Maj | <input type="checkbox"/> November |
| <input type="checkbox"/> Juni | <input type="checkbox"/> December |

92. Har du haft näs- eller ögonbesvär, utan att vara förkyld, vid kontakt med något av nedanstående de senaste 12 månaderna?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nej, har inte haft besvär av något av dessa | <input type="checkbox"/> Gråbopollen |
| <input type="checkbox"/> Katt | <input type="checkbox"/> Tobaksrök |
| <input type="checkbox"/> Hund | <input type="checkbox"/> Luftföroreningar |
| <input type="checkbox"/> Häst | <input type="checkbox"/> Starka dofter |
| <input type="checkbox"/> Kanin, marsvin eller andra gnagare | <input type="checkbox"/> Damm |
| <input type="checkbox"/> Björkpollen | <input type="checkbox"/> Kvalster |
| <input type="checkbox"/> Gräspollen | <input type="checkbox"/> Annat |

93. Har du undvikit att göra saker du velat på grund av näsbesvär de senaste 12 månaderna?

- Nej  Gå till fråga 95
- Ja
- 



94. Hur mycket har näsbesvären påverkat att du undvikit att göra saker du velat de senaste 12 månaderna?

- Lite
- Måttligt
- Ganska mycket
- Mycket

95. Har du haft svårt att sova på grund av näsbesvär de senaste 12 månaderna?

- Nej
- Ja

96. Har du - de senaste 12 månaderna - tagit några mediciner för allergisnuva/hösnuva?

- Nej  Gå till fråga 98
- Ja
- 

97. Vilka mediciner för allergisnuva/hösnuva har du använt de senaste 12 månaderna?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Ögondroppar
- Nässpray
- Allergitabletter
- Annan

98. Om du haft näsbesvär eller allergisnuva/hösnuva, hur jobbigt upplevde du att det var de senaste 12 månaderna?



99. Har du - de senaste 12 månaderna - varit täppt i näsan?

- Nej
- Mindre än 10 dagar
- 10 dagar - 12 veckor
- 12 veckor eller mer

100. Har du - de senaste 12 månaderna - haft gulgrön snuva eller snor bak i halsen?

- Nej
- Mindre än 10 dagar
- 10 dagar - 12 veckor
- 12 veckor eller mer

101. Har du - de senaste 12 månaderna - upplevt nedsatt luktsinne?

- Nej
- Mindre än 10 dagar
- 10 dagar - 12 veckor
- 12 veckor eller mer

102. Har du - de senaste 12 månaderna - upplevt smärta eller tryck vid eller omkring pannan, näsan eller ögonen?

- Nej
- Mindre än 10 dagar
- 10 dagar - 12 veckor
- 12 veckor eller mer

103. Om du haft nästäppa, snuva, nedsatt luktsinne eller smärta i ansiktet, hur jobbigt upplevde du att det var de senaste 12 månaderna?



104. Om du har näs- eller ögonbesvär, har det...

	Inte alls	Lite	En del	Ganska mycket	Mycket
hindrat dig i skolarbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hindrat dig i fritidsaktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oroat dig de senaste 4 veckorna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MAT

105. Har du - de senaste 12 månaderna - reagerat mot något i maten?

- Nej
- Ja





Gå till fråga 107





106. Har du reagerat på något av nedanstående födoämnen de senaste 12 månaderna?
(Flera födoämnen kan kryssas i)

<input type="checkbox"/> Mjölk - Protein	<input type="checkbox"/> Kiwi
<input type="checkbox"/> Mjölk - Laktos	<input type="checkbox"/> Banan
<input type="checkbox"/> Ägg	<input type="checkbox"/> Rå morot
<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Jordnöt
<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Hasselnöt
<input type="checkbox"/> Vete, andra sädeslag	<input type="checkbox"/> Mandel
<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> Valnöt, pekannöt
<input type="checkbox"/> Sesam	<input type="checkbox"/> Cashewnöt, pistagenöt
<input type="checkbox"/> Äpple, päron	<input type="checkbox"/> Paranöt
<input type="checkbox"/> Persika, nektarin, plommon, körsbär	<input type="checkbox"/> Annat

107. Har du en adrenalinspruta (Epipen/Anapen/Jext) att ta om du reagerar mot något i maten?

Nej  Ja  Gå till fråga 110

108. Har du - någon gång - använt sprutan?

Nej  Ja  Gå till fråga 110

109. Har du - de senaste 12 månaderna - använt sprutan?



Nej
 Ja

110. Om du har födoämnesbesvär, har det...

	Inte alls	Lite	En del	Ganska mycket	Mycket
hindrat dig i skolarbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hindrat dig i fritidsaktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oroat dig de senaste 4 veckorna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ÖVRIGA FRÅGOR

111. Är du:

Kille  Gå till fråga 112
 Tjej  Gå till fråga 115

112. Har du lagt märke till att din röst blivit mörkare (kommit i målbrottet)?

- Nej
- Ja, rösten har nått och jämt börjat förändras
- Ja, rösten har definitivt börjat förändras
- Röstförändringarna har upphört
- Vet ej

Gå till fråga 114

113. Hur gammal var du när din röst började bli mörkare (du kom i målbrottet)?

Jag var _____ år.

114. Har du börjat få skägg?

- Nej
- Ja, nått och jämt
- Ja, definitivt
- Skäggväxten är i full gång
- Vet ej

Killar



Gå till fråga 118

115. Har du fått menstruation?

- Nej
- Ja

Gå till fråga 117

116. Hur gammal var du när du fick menstruation?

Jag var _____ år och _____ månader.

117. Har du lagt märke till att dina bröst börjat växa?

- Nej
- Ja, nått och jämt
- Ja, definitivt
- Bröstillväxten verkar vara avslutad
- Vet ej

118. Skulle du säga att ditt växande:

- Ännu inte kommit in i spurten (med spurten menas att man växer mer än vanligt)
- Har enbart startat
- Har definitivt kommit igång
- Är avslutat
- Vet ej

119. Skulle du säga att din kroppsbehåring:

- Ännu inte börjat växa
- Har nått och jämt börjat växa
- Har definitivt kommit igång
- Är färdigutväxt
- Vet ej

120. Har du lagt märke till hudförändringar, speciellt finnar?




- Nej, huden har inte börjat förändras
- Huden har nått och jämt börjat förändras
- Hudförändringar har definitivt kommit igång
- Hudförändringarna har upphört
- Vet ej

121. Hur lång är du och hur mycket väger du?

Längd: _____ cm

Vikt: _____ kg

122. Röker du?

- Nej  Gå till fråga 124
- Ja, ibland  Hur många cigaretter per vecka? _____ stycken
- Ja, varje dag  Hur många cigaretter per dag? _____ stycken


123. När började du röka regelbundet (minst en gång i veckan)?

Jag var _____ år

124. Hur ofta är du på platser där någon röker?

	Dagligen	Flera dagar i veckan	1 dag i veckan	Mindre än 1 dag i veckan	Aldrig
Hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inomhus ej hemma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>




125. Snusar du?

- Nej  Gå till fråga 127
- Ja, ibland
- Ja, varje dag

126. Hur många år har du snusat?

_____ år

127. Har du eller någon i familjen djur?

- Nej    Gå till fråga 129
 - Ja
- 

128. Vilket/vilka djur?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Katt
- Hund
- Gnagare (marsvin, kanin, hamster, råtta, mus)
- Annat

129. I vilken skola går du?

- Grundskola
- Gymnasium
- Annan skola, vilken? _____

- Annan sysselsättning, vilken? _____

130. Om du går i gymnasiet, vilket program går du nu?

(t.ex. Naturvetenskap – naturvetenskap, Samhällsvetenskap – ekonomi, Estetiska – bild och formgivning, Hantverk – frisör)

Jag går _____ inriktning _____

131. Påverkades ditt programval (till gymnasiet eller annan skola) av sjukdom eller handikapp?

- Nej
- Ja



Gå till fråga 133

**På vilket sätt påverkades ditt programval?**

132. Av vad påverkades ditt programval?

(fler alternativ kan kryssas i)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Pälsdjursallergi |
| <input type="checkbox"/> Hösnuva | <input type="checkbox"/> Pollenallergi |
| <input type="checkbox"/> Eksem | <input type="checkbox"/> Annan sjukdom eller handikapp |
| <input type="checkbox"/> Födoämnesallergi | |

133. Fick du några råd/information om val av gymnasieprogram vid sjukdom eller handikapp?

- Nej
- Ja, i grupp
- Ja, individuellt

MAGONT

Vi vet att en del ungdomar tycker att följande frågor om magont känns konstiga, men alla svar är viktiga för att kunna hitta ett botemedel mot magproblem.

Om du är tjej så gäller frågorna inte mensvärk.

134. Hur ofta - de senaste 2 månaderna - har du haft ont eller känt obehag i magen?

- Aldrig eller mindre än varje vecka
- 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan eller oftare



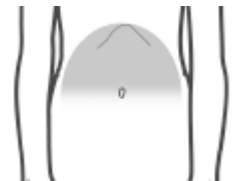
Gå till fråga 143

135. Hur ofta har du - de senaste 2 månaderna - haft ont eller känt obehag i övre delen av magen **OVANFÖR** naveln?

- Aldrig eller mindre än varje vecka
- 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan eller oftare



Gå till fråga 139



136. Hur länge har du haft ont eller känt obehag i området **OVANFÖR** naveln?

- 1 månad eller mindre
- 2-12 månader
- Mer än 1 år



137. När du - de senaste 2 månaderna - haft ont eller känt obehag i området **OVANFÖR** naveln, hur ofta:

	Aldrig eller vid enstaka tillfällen (0-25% av tiden)	Ibland (50% av tiden)	Oftast eller alltid (75-100% av tiden)
Lättade smärtan eller obehaget efter att du bajsat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var ditt bajs lösare eller hårdare än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajsade du fler eller färre gånger än du brukar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

138. När du - de senaste 2 månaderna - haft ont eller känt obehag i området **OVANFÖR** naveln, hur ofta:

	Aldrig (0% av tiden)	Vid enstaka tillfällen (25% av tiden)	Ibland (50% av tiden)	Oftast eller alltid (75-100% av tiden)
Var du tvungen att stanna hemma från skolan eller avstå från att delta i aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

139. Hur ofta - de senaste 2 månaderna - har du haft ont eller känt obehag i områdena OMKRING eller NEDANFÖR naveln?

- Aldrig eller mindre än varje vecka
- 1 gång i veckan
- Flera gånger i veckan eller varje dag



Gå till fråga 143



140. Hur länge har du haft ont eller känt obehag OMKRING eller NEDANFÖR naveln?

- 1 månad eller mindre
- 2-12 månader
- Mer än 1 år



141. När du - de senaste 2 månaderna - haft ont eller känt obehag i området OMKRING eller NEDANFÖR naveln, hur ofta:

	Aldrig eller vid enstaka tillfällen (0-25% av tiden)	Ibland (50% av tiden)	Oftast eller alltid (75-100% av tiden)
Lättade smärtan eller obehaget efter att du bajsat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Var ditt bajs lösare eller hårdare än vanligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bajsade du fler eller färre gånger än du brukar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

142. När du - de senaste 2 månaderna - haft ont eller känt obehag i området OMKRING eller NEDANFÖR naveln, hur ofta:

	Aldrig (0% av tiden)	Vid enstaka tillfällen (25% av tiden)	Ibland (50% av tiden)	Oftast eller alltid (75-100% av tiden)
Var du tvungen att stanna hemma från skolan eller avstå från att delta i aktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

143. Hur ofta - de senaste 2 månaderna - har du bajsat?

- Mindre än 3 gånger i veckan
- 3 gånger i veckan eller oftare



144. Har ditt bajs varit hårt eller har du haft ont när du bajsat de senaste 2 månaderna?

- Nej



- Ja

Har du kryssat i någon av ★ rutorna (fråga 136, 140, 143, 144) ?

- Nej
 Ja



Gå till fråga 159



145. Har du gått ned i vikt utan att du velat det de senaste 2 månaderna?

- Nej
 Ja



Gå till fråga 147



146. Hur mycket och hur snabbt har du gått ned i vikt utan att du velat det de senaste 2 månaderna? (beskriv i egna ord)

.....

147. Har du haft blod i ditt bajs de senaste 2 månaderna? (För tjejer: Ej i samband med mens)

- Nej
 Ja



Gå till fråga 149



148. Hur ofta och hur mycket har du haft blod i ditt bajs de senaste 2 månaderna? (beskriv i egna ord)

.....

149. Har du haft återkommande, besvärande kräkningar de senaste 2 månaderna?

- Nej
 Ja



Gå till fråga 151



150. Hur ofta och hur mycket har du haft återkommande, besvärande kräkningar de senaste 2 månaderna? (beskriv i egna ord)

.....

151. Har du haft diarré (vattnig eller grötig avföring) de senaste 2 månaderna?

- Nej
 Ja




Gå till fråga 153



152. Hur ofta och hur mycket har du haft diarré (vattnig eller grötig avföring) de senaste 2 månaderna? (beskriv i egna ord)

.....



153. Har du varit tvungen att gå upp och bajs på natten de senaste 2 månaderna?

- Nej  Gå till fråga 155
- Ja


154. Hur ofta och hur mycket har du varit tvungen att gå upp och bajs på natten de senaste 2 månaderna? (beskriv i egna ord)

.....



155. Har du haft ont till höger i magen den mesta tiden de senaste 2 månaderna?

- Nej  Gå till fråga 157
- Ja


156. Hur ofta och hur mycket har du haft ont till höger i magen den mesta tiden de senaste 2 månaderna? (beskriv i egna ord)

.....

157. Har du haft återkommande feber av okänd orsak de senaste 2 månaderna?

- Nej  Gå till fråga 159
- Ja


158. Hur ofta och hur mycket har du haft återkommande feber av okänd orsak de senaste 2 månaderna? (beskriv i egna ord)

.....

KOST

FRUKOST OCH MELLANMÅL

159. Hur ofta brukar du äta eller dricka följande:

	2 gånger per dag eller mer	1 gång per dag	3-6 gånger per vecka	1-2 gånger per vecka	1-3 gånger per månad	Sällan eller aldrig
Gröt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmålsgröt (Risifrutti, Mannafrutti ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fil, yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flingor, müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chokladdryck (varm choklad, O'boy ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mjölk, i glas eller tallrik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffe latte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

160. Om du äter fil eller yoghurt, vilka sorter brukar du äta?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Naturell
- Frukt-, bär- eller vaniljsmak

161. Om du äter flingor eller müsli, vilka sorter brukar du äta?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Cornflakes eller Special K
- Müsli eller fullkornsflingor
- Havrefras/kuddar eller Cheerios
- Coco-pops, Kalaspuffar eller sötade flingor
- Andra flingor

162. Om du dricker mjölk, vilken sorter brukar du dricka?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Lättmjölk eller minimjölk (<=0.5% fett)
- Mellanmjölk (1.5% fett)
- Standardmjölk (3% fett)

163. Om du dricker kaffe eller kaffe latte, vad brukar du ha i?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Mjölk
- Socker eller honung
- Sötningsmedel
- Inget av dessa

164. Om du dricker te, vilka sorter brukar du dricka?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Svart te (Earl gray, Yellow label, English breakfast tea ...)
- Grönt te
- Rött te (roobios)
- Örtte
- Annan tesort

165. Om du dricker te, vad brukar du ha i?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Mjölk
- Socker eller honung
- Sötningsmedel
- Inget av dessa

166. Hur ofta brukar du äta eller dricka:

	2 gånger per dag eller mer	1 gång per dag	3-6 gånger per vecka	1-2 gånger per vecka	1-3 gånger per månad	Sällan eller aldrig
Frukt, bär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruktsoppa/kräm (nypon-soppa, blåbärsoppa ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sylt, äppelmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitt bröd (formfranska, Polarbröd, limpa ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovt bröd (fullkornsbröd, knäckebröd ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skorpor, Digestivekex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smör eller margarin på smörgås	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pålägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

167. Om du äter frukter eller bär, vilka av följande brukar du äta?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Banan
- Äpple eller päron
- Citrusfrukt (apelsin eller clementin ...)
- Kiwi
- Bär (blåbär, hallon eller jordgubbar ...)
- Vindruvor
- Annan frukt

168. Om du äter bröd varje dag, hur många skivor äter du i genomsnitt per dag?

_____ skivor

169. Om du äter smör eller margarin, vad brukar du ha på dina smörgåsar?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Bregott
- Smörgåsmargarin (Lätta, Lätt och Lagom, eller Becel ...)
- Smör
- Annat smörgåsfett

170. Om du äter pålägg, vilka brukar du äta?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Ost
- Messmör
- Leverpastej
- Köttpålägg (skinka eller salami ...)
- Kaviar
- Marmelad
- Gurka, tomat eller paprika
- Annat pålägg

MATRÄTTER

171. Hur ofta brukar du äta:	7 gånger per vecka eller mer	3-6 gånger per vecka	1-2 gånger per vecka	1-3 gånger per månad	Sällan eller aldrig
Hamburgare med bröd, kebab med bröd, Tex-Mex (tacos ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köttfärsrätter (köttfärssås, köttbullar, pannbiff ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köttträtter (stek, gryta, wok ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korvrätter (stekt, kokt, gratinerad, i gryta ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpudding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyckling eller kalkon (grillad, bits, wok, i gryta ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk eller skaldjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

172. Om du äter fisk- och skaldjursrätter, vilka brukar du äta?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Fiskpinnar eller fiskbullar
- Torsk, sej eller annan vit fisk (ej fiskpinnar eller fiskbullar)
- Lax, sushi, makrill eller sill
- Tonfisk
- Skaldjur (räkor eller musslor ...)
- Annan fisk

173. Hur ofta brukar du äta:	7 gånger per vecka eller mer	3-6 gånger per vecka	1-2 gånger per vecka	1-3 gånger per månad	Sällan eller aldrig
Grönsaker (råa eller tillagade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potatis (kokt eller mos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pommes frites, potatisbullar, stekt potatis, klyftpotatis, potatisgratäng, pytt i panna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta, nudlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulgur, cous cous, quinoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lasange, moussaka, tortellini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza, panpizza, pirog, paj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pannkakor, plättar, våfflor, ugnspannkaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vegetariska rätter (linsgryta, bönbiffar, sojakorv, quorn ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soppa (tomatsoppa, ärtsoppa, gulaschsoppa ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillbehör (ketchup eller sås ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

174. Om du äter vegetariska rätter, vilka brukar du äta? (Flera alternativ kan kryssas i)

- Bön-, lins- eller kikärtsrätter (linsgryta, bönbiff eller falafel ...)
- Sojakött, sojakorv eller tofu
- Quornfärs eller quorngryta
- Rotfruktsrätter (rödbetor, palsternacka eller kålrot ...)

175. Om du äter grönsaker, vilka brukar du äta?

(Flera alternativ kan kryssas i)

<input type="checkbox"/> Tomat eller paprika	<input type="checkbox"/> Broccoli
<input type="checkbox"/> Gurka, salladsblad eller zucchini	<input type="checkbox"/> Spenat
<input type="checkbox"/> Morötter	<input type="checkbox"/> Gröna ärtor
<input type="checkbox"/> Lök	<input type="checkbox"/> Bönor, linser eller kikärter
<input type="checkbox"/> Majs	<input type="checkbox"/> Palsternacka, kålrot eller rotselleri
<input type="checkbox"/> Avokado	<input type="checkbox"/> Inlagda grönsaker
<input type="checkbox"/> Blomkål eller vitkål (t.ex. pizzasallad)	<input type="checkbox"/> Annan grönsak

176. Om du äter grönsaker varje dag, hur många gånger per dag brukar du äta grönsaker?

- 1 gång
- 2 gånger
- 3 gånger eller mer

177. Om du äter tillbehör, vilka brukar du ha till maten?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Ketchup, tomatsås eller tomatsalsa
- Vinägrett (olja och vinäger)
- Gräddsås eller crème fraîche/gräddfilssåser
- Bearnaisesås eller hamburgerdressing
- Annan sås
- Annat tillbehör

PORTIONSSTORLEKAR

178. Hur stor portion av ris, potatis, pasta eller liknande äter du vanligtvis till lunch och middag?



179. Hur stor portion av kött, fisk eller vegetariskt alternativ äter du vanligtvis till lunch och middag?



180. Hur stor portion av grönsaker (råa eller tillagade) äter du vanligtvis till lunch och middag?



SNACKS, SÖTSAKER OCH SÖTA DRYCKER

181. Hur ofta brukar du äta eller dricka:

	7 gånger per vecka eller mer	3-6 gånger per vecka	1-2 gånger per vecka	1-3 gånger per månad	Sällan eller aldrig
Läsk, saft, energidryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Proteindryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kex eller småkakor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bulle, muffin, mjuk kaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choklad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Godis (ej choklad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glass, sorbet, parfait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nötter, mandlar, frön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips eller ostbågar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torkad frukt eller naturgodis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

182. Om du dricker läsk eller saft, vilken sort brukar du dricka?

(Flera kan kryssas i)

- Light-läsk eller light-saft (med sötningsmedel)
- Läsk eller saft (med socker)
- Energidryck (Redbull ...)

183. Om du äter glass, sorbet eller parfait, hur mycket brukar du äta vid varje tillfälle?

1 glasskula motsvarar 50 g eller cirka 1 dl

- Mindre än 1 kula
- 1 kula
- 2 kulor
- 3 kulor eller mer

184. Om du äter chips eller ostbågar, hur mycket brukar du äta vid varje tillfälle?

1 vanlig chipspåse väger 200 g.

- Enstaka chips eller ostbågar
- 25 g
- 50 g
- 100 g
- 200 g eller mer

185. Om du äter choklad, hur mycket brukar du äta vid varje tillfälle?

En stor chokladkaka motsvarar 200 g.

- Enstaka chokladrutor
- 50 g
- 100 g
- 200 g eller mer


186. Om du äter godis, hur mycket brukar du äta vid varje tillfälle?

En godispåse (Bilar eller Gott och blandat, ...) motsvarar 150 g, 1 tablettask motsvarar 25 g

- Enstaka godisbitar
- 50 g
- 100 g
- 200 g eller mer

VITAMINER OCH KOSTTILLSKOTT


187. Äter du produkter med probiotika, dvs "goda bakterier" (Proviva fruktdryck, Verum hälsofil, A-fil, ...)?

- Nej  Gå till fråga 189
- Ja

188. Hur ofta äter du produkter med probiotika?

- Varje dag
- Flera gånger per vecka
- Någon gång per vecka
- Mer sällan eller aldrig

189. Brukar du äta vitaminer eller andra kosttillskott?

- Nej  Gå till fråga 191
- Ja

190. Vilka vitaminer eller kosttillskott har du ätit de senaste månaderna?

	Varje dag	Några gånger i veckan	Några gånger i månaden	I perioder
Multivitaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-vitamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B-vitaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C-vitamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D-vitamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-vitamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folsyra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Järn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalcium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Omega-3 (inklusive fiskolja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

191. Vad tyckte du om enkäten?

Tack för dina svar!
Skicka nu in enkäten/enkäterna i det bifogade frisvarskuvertet*

Nästa steg i 16-årsuppföljningen är den kliniska undersökningen.

Vi kommer att erbjuda dig en tid, men du är välkommen att boka tid direkt på telefon 08-524 800 32.

Mer information om undersökningen hittar du på sida 2 i denna enkät.

För ditt deltagande i den kliniska undersökningen på vår mottagning får du **ett presentkort på 500 kr** som går att använda i många olika affärer och butikskedjor.

BAMSE-sekretariatet: bamse-projekt@imm.ki.se Tel: 08-524 800 32

* Inget frisvarskuvert? Använd ett vanligt kuvert med denna adress (behöver inget frimärke):

BAMSE-projektet
SVARSPOST 20588967
171 20 Solna