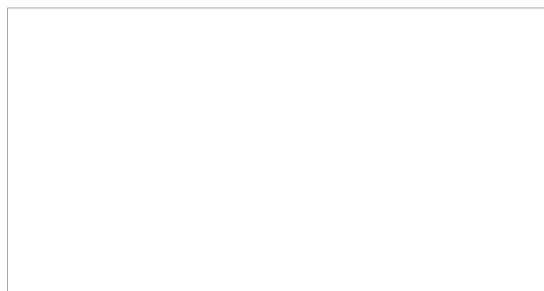




Karolinska Institutet

Institutet för miljömedicin
BAMSE-sekretariatet

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



Enkät förälder

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

Genom att lämna bifogade enkät till ungdomen godkänner ni att hon/han får besvara den.
Alla svar är viktiga för oss, även om ert barn inte har några allergisjukdomar.

Det tar ungefär 20-30 minuter att besvara vardera enkät. Behöver vi kontakta ert barn om något i enkäten gör vi det endast om ni gett oss tillstånd i er egen enkät.

Klinisk undersökning

När ni svarat på enkäten kommer vi att höra av oss och erbjuda en tid för undersökning på BAMSE-mottagningen liknande den vid 8 år. Ni får själva avgöra om ert barn ska komma ensam på undersökningen eller i sällskap med någon vuxen.

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



Postadress
BAMSE-Projektet
Institutet för miljömedicin
Box 120
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!

Tack för att du som förälder till ett BAMSE-barn återigen vill svara på frågor om ditt barns och din familjs hälsa.

1. Vad har ni för e-postadress?

Mammas e-postadress
Pappas e-postadress

2. Får vi ta kontakt med ditt barn direkt om barnets enkät är ofullständigt ifylld?

- Nej
 Ja

3. Fyll i följande uppgifter, om något skiljer sig från etiketten på framsidan av enkäten.




Barnets adress	Postnr och ort	Telefonnummer
Mammas adress	Postnr och ort	Telefonnummer
Pappas adress	Postnr och ort	Telefonnummer

ASTMA OCH ANDNINGSBESVÄR

I de följande frågorna menar vi med andningsbesvär att ditt barn har haft något av följande:

- Tungt att andas
- Känt sig tät i bröstet
- Pipande eller väsande andning

4. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - haft pipande eller väsande andning?

- Nej  Ja 
- 

5. Hur många gånger har ditt barn haft besvär med pipande eller väsande andning de senaste 12 månaderna?

- 1-3 gånger
 4-12 gånger
 Mer än 12 gånger

6. Har ditt barn - 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

7. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - haft så svåra besvär med pipande eller väsende andning att det behövt ta ett nytt andetag mitt i en mening?

- Nej
- Ja

8. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - haft andningsbesvär (tungt att andas, känt sig tät i bröstet, haft pipande eller väsende andning)?

- Nej
 - Ja
- Om nej på både fråga 4 och 8 gå till fråga 12 annars fortsätt till fråga 9

9. Har ditt barn sökt sjukvård akut för andningsbesvär de senaste 12 månaderna?

- Nej
 - Ja
- Gå till fråga 11

10. Hur många gånger har ditt barn sökt sjukvård akut för andningsbesvär de senaste 12 månaderna?

- 1 gång
- 2 gånger
- 3 gånger eller fler

11. Under vilken period på året har ditt barn haft andningsbesvär 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 |

12. Har ditt barn haft andningsbesvär eller besvärande hosta 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"/> 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 | |

13. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - haft svårt att andas i samband med ansträngning (tungt att andas, känt sig tät i bröstet, pipande eller väsende andning)?

- Nej
 Ja

14. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - haft torrhosta under natten utan att samtidigt vara förkyld?

- Nej
 Ja

15. Har ditt barn - någon gång - fått diagnosen astma av läkare?

- Nej
 Ja, före 12 års ålder
 Ja, vid 12 års ålder eller senare

16. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - använt några mediciner för astma eller andningsbesvär?

- Nej
 Ja
- ⇒ ⇒ ⇒ Gå till fråga 21
- ↓

17. Vilka av följande mediciner för astma eller andningsbesvär har ditt barn 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, Flixotaide 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, Formatrix 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"/>

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

- Nej
 Ja
- ⇒ ⇒ ⇒ Gå till fråga 20
- ↓

19. Har ditt barn tagit kortisonpiller upplösta i vatten 3 dagar i sträck eller mer de senaste 12 månaderna?

- Nej
- Ja

20. Har någon annan också använt ditt barns mediciner för astma eller andningsbesvär?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, helt

21. Har ditt barn - någon gång - fått behandling för pipande eller väsande andning eller andra andningsbesvär med alternativmedicin (homeopati, akupunktur eller annat)?

- Nej
- Ja

HUDBESVÄR OCH EKSEM

22. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - haft besvär med torr hud?

- Nej
- Ja

23. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - haft kliande utslag?

- Nej
- Ja



Gå till fråga 29



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

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

25. Var fanns de kliande utslagen?

(Flera alternativ kan kryssas i)

I hårbotten

I ansiktet

På öronen

På halsen eller i nacken

På bröstorg, mage, rygg eller skuldror

I armhålorna

På armarnas eller benens utsidor

I armveck eller knäveck

På handleder eller fotleder

På händerna

På eller under skinkorna

På lårens insidor

I ljumsken eller underlivet

På fötterna

Annat

26. Under vilken period på året har ditt barn haft kliande utslag/eksem 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 |

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

- Nej
 Ja

28. Har ditt barn - 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

29. Har ditt barn - någon gång - fått diagnosen eksem av läkare?

- Nej
 Ja, före 12 års ålder
 Ja, vid 12 års ålder eller senare

30. Har ditt barn - någon gång - blivit testat hos hudläkare med lapptest (epikutantest, patchtest) på ryggen eller på annat ställe, för att undersöka om barnet har kontaktallergi?

- Nej
 Ja



31. Har ditt barn - någon gång - fått diagnosen kontaktallergi av hudläkare?

- Nej
 Ja

32. Har ditt barn - någon gång - haft kliande utslag/eksem vid kontakt med något av följande?
(Flera alternativ kan kryssas i)

- Nej, har inte haft besvär av dessa**
- Metallföremål (knapp, nit, spänne, dragkedja, skärp, klocka eller klockarmband, glasögon eller solglasögon, hårspänne, mobiltelefon, hörlurar)
- Smycke
- Hårfärg (färg, toning, blekning)
- Smink eller parfym
- Deodorant
- Schampo eller balsam
- Tvål
- Kläder
- Latex/gummi (ballonger, gummihandskar, kondomer)
- Tatuering
- Annat

33. Har ditt barn - någon gång - haft handeksem (kliande förändring i huden, blåsor eller kliande utslag)?

- Nej  Gå till fråga 36
 Ja


34. Vid vilken ålder började handeksemet?

_____ år

35. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - vid något tillfälle haft handeksem?


- Nej
 Ja

36. Har ditt barn - någon gång - fått behandling för kliande utslag eller eksem med alternativmedicin (homeopati, akupunktur eller annat)?

- Nej
 Ja

NÄS- OCH ÖGONBESVÄR

37. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - besvärats av nysningar, kliande näsa, rinnsnuva eller nästäppa utan att samtidigt vara förkyld?

- Nej, jag har inte haft besvär av något av dessa  Gå till fråga 40
 Ja, nysningar
 Ja, kliande näsa
 Ja, rinnsnuva
 Ja, nästäppa

38. Har dessa besvär förekommit samtidigt med kliande, rinnande ögon de senaste 12 månaderna?

- Nej
 Ja

39. Under vilken period på året har ditt barn haft dessa näsbesvär 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 |

40. Har ditt barn 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

41. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - använt några mediciner för allergisnuva/hösnuva?

Nej  Gå till fråga 43

Ja



42. Vilka av följande mediciner för allergisnuva/hösnuva har barnet använt de senaste 12 månaderna?

	Mindre än 1 månad eller vid behov	1-2 månader	3-6 månader	Mer än 6 månader
Ögondroppar med kortison (Ultracortenol ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ögondroppar utan kortison (Lomodol, Livostin, Lecrolyn ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Näspray med kortison (Nasonex, Flutide Nasal, Rhinocort Aqua, Avamys ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Näspray utan kortison (Lomodol, Livostin ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antihistamintabletter (Loratadin, Cetirizine, Clarityn, Aeries, Zyrlex ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Har ditt barn - någon gång - fått diagnosen hösnuva eller allergisnuva av läkare?

- Nej
 Ja, före 12 års ålder
 Ja, vid 12 års ålder eller senare

44. Har ditt barn - någon gång - blivit allergivaccinerat (hyposensibiliserat)?

- Nej
 Ja, före 12 års ålder
 Ja, vid 12 års ålder eller senare

45. Har ditt barn - någon gång - fått diagnosen bihåleinflammation av läkare?



- Nej
 Ja, före 12 års ålder
 Ja, vid 12 års ålder eller senare

46. Har ditt barn - någon gång - fått behandling för näs- eller ögonbesvär med alternativmedicin (homeopati, akupunktur eller annat)?

- Nej
 Ja

MAT

47. Har ditt barn - någon gång - reagerat på något födoämne?

- Nej  Gå till fråga 71
 Ja


48. Vilket eller vilka födoämnen reagerade ditt barn på?

(Flera alternativ kan kryssas i)

	Har reagerat de senaste 12 månaderna	Har reagerat tidigare men tål nu	Undviker pga tidigare besvär eller genomförd allergitest
Mjök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaldjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vete, andra sädeslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sesam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äpple, päron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persika, nektarin, plommon, körsbär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rå morot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jordnöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasselnöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valnöt, pekannöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cashewnöt, pistagenöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paranöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Har ditt barn - de senaste 12 månaderna - sökt akut för allergisk reaktion mot födoämnen?

- Nej
 Ja



Gå till fråga 71



69. Sa läkaren att det var anafylaxi (allergisk chock)?

- Nej
 Ja

70. Vad utlöste de akuta besvären de senaste 12 månaderna?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mjök | <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 eller andra sädeslag | <input type="checkbox"/> Mandel |
| <input type="checkbox"/> Soja | <input type="checkbox"/> Valnöt eller pecannöt |
| <input type="checkbox"/> Sesam | <input type="checkbox"/> Cashewnöt eller pistagenöt |
| <input type="checkbox"/> Äpple eller päron | <input type="checkbox"/> Paranöt |
| <input type="checkbox"/> Persika, nektarin, plommon eller körsbär | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Kiwi | |

71. Har ditt barn - någon gång - fått diagnosen födoämnesallergi av läkare?

- Nej
 Ja, före 12 års ålder
 Ja, vid 12 års ålder eller senare

ÖVRIGA BESVÄR

72. Har ditt barn - någon gång - fått någon av följande diagnoser av läkare? Hur gammalt var ditt barn när diagnosen ställdes?

	Nej	Ja, före 12 års ålder	Ja, vid 12 års ålder eller senare
Glutenintolerans (celiaki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laktosintolerans (tål inte mjölksocker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk luftrörskatarr (bronkit) eller emfysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crohns sjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcerös colit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflammatorisk tarmsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Har ditt barn - någon gång - fått diagnosen dyslexi eller lässvårigheter?

- Nej
 Ja, före 12 års ålder
 Ja, vid 12 års ålder eller senare

75. Har ditt barn några andra sjukdomar?

- Nej
 Ja




Gå till fråga 77




76. Vilka andra sjukdomar har ditt barn?

77. Har mamma besvärats av hosta större delen av tiden under minst 3 månader per år?

- Nej
 Ja  Hur många år? _____ år
 Vet ej


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

- Nej
 Ja  Hur många år? _____ år
 Vet ej


79. Har mamma av läkare fått diagnosen kronisk luftrörskatarr (bronkit), KOL eller emfysem?

- Nej
 Ja
 Vet ej

80. Har pappa besvärats av hosta större delen av tiden under minst 3 månader per år?

- Nej
 Ja  Hur många år? _____ år
 Vet ej

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












- Nej
 Ja  Hur många år? _____ år
 Vet ej

82. Har pappa av läkare fått diagnosen kronisk luftrörskatarr (bronkit), KOL eller emfysem?

- Nej
 Ja
 Vet ej

RÖKVANOR

83. Röker mamma nu?

- Nej            Gå till fråga 85
 Ja, sällan (mindre än 1 cig/dag)
 Ja, dagligen men inte i bostaden
 Ja, dagligen i bostaden
 Vet ej

84. Hur många cigaretter röker mamma per dag?

_____ stycken/dag

85. Röker pappa nu?

- Nej
- Ja, sällan (mindre än 1 cig/dag)
- Ja, dagligen men inte i bostaden
- Ja, dagligen i bostaden
- Vet ej

Gå till fråga 87

86. Hur många cigaretter röker pappa per dag?

_____ stycken/dag

87. Är det någon annan som röker i bostaden där ditt barn bor (syskon eller inneboende ...)?

- Nej
- Ja _____ stycken/dag

HEMMILJÖ

89. Var bor ditt barn huvudsakligen?

- I föräldrarnas gemensamma bostad
- I mammas bostad
- I pappas bostad
- Bor lika mycket hos båda föräldrarna
- Eget boende
- Annan bostad

Bor ditt barn lika mycket hos mamma och pappa så gäller följande frågor för den förälder som besvarar enkäten.

90. I vilken typ av bostad bor ditt barn?

- Flerbostadshus (lägenhet) nedervåning
- Flerbostadshus (lägenhet), 1 trappa eller högre. Hur många trappor? _____ tr
- Enfamiljshus (villa, radhus ...)

91. Har bostaden något fönster mot:

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Trafikerad gata
- Mindre gata eller lokalgata
- Järnväg
- Industri eller industriområde
- Innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält

92. Har ditt barns sovrum något fönster mot:

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Trafikerad gata
- Mindre gata eller lokalgata
- Järnväg
- Industri eller industriområde
- Innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält

93. Har ni gasspis i bostaden?

- Nej
- Ja

94. Skulle du bedöma bostaden som fuktig?

- Nej
- Ja, misstänker att det finns en fuktskada
- Ja, har fuktig luft i bostaden (p.g.a. ventilationen)

95. Har det - någon gång - funnits synlig fuktskada i bostaden?

- Nej
- Ja, före 12 års ålder
- Ja, vid 12 års ålder eller senare

96. Har det - någon gång - funnits synlig mögelskada i bostaden?

- Nej
- Ja, före 12 års ålder
- Ja, vid 12 års ålder eller senare

Gå till fråga 98

97. I vilket rum i bostaden fanns mögelskadan?

- Barnet sovrum
- Annat rum i bostaden
- Källaren

98. Har ditt barn flyttat mellan 12 och 16 års ålder?

- Nej
- Ja

99. I vilken skola går ditt barn nu?

Skolans namn: _____

Ort: _____

Skolstart år / månad: _____

100. I vilka andra skolor har ditt barn gått sedan 12 års ålder?

Skolans namn: _____

Ort: _____

Skolstart år / månad: _____

Skolavslut år / månad: _____

Skolans namn: _____

Ort: _____

Skolstart år / månad: _____

Skolavslut år / månad: _____

101. Har mamma eller har mamma tidigare haft:

	Nej	Ja, men inte doktorsdiagnos	Ja, doktorsdiagnos	Började när mamma var:
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>år
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>år
Eksem (förutom kontaktallergi och psoriasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>år
Pälsdjursallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>år
Pollenallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>år

103. Har pappa eller har pappa tidigare haft:

	Nej	Ja, men inte doktorsdiagnos	Ja, doktorsdiagnos	Började när pappa var:
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>år
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>år
Eksem (förutom kontaktallergi och psoriasis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>år
Pälsdjursallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>år
Pollenallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>år

105. Vem har fyllt i formuläret?

(Flera alternativ kan kryssas i)

- Mamma
 Pappa
 Annan person, vem? _____

Plats för egna kommentarer

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

Vid frågor kan du kontakta oss på BAMSE sekretariatet:

Karolinska Institutet
Institutet för miljömedicin
BAMSE-projektet
Box 210
S-171 77 Stockholm

E-post: bamse-projekt@imm.ki.se
Telefon: 08-524 800 32

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

BAMSE-projektet
SVARSPÖST 20588967
171 20 Solna