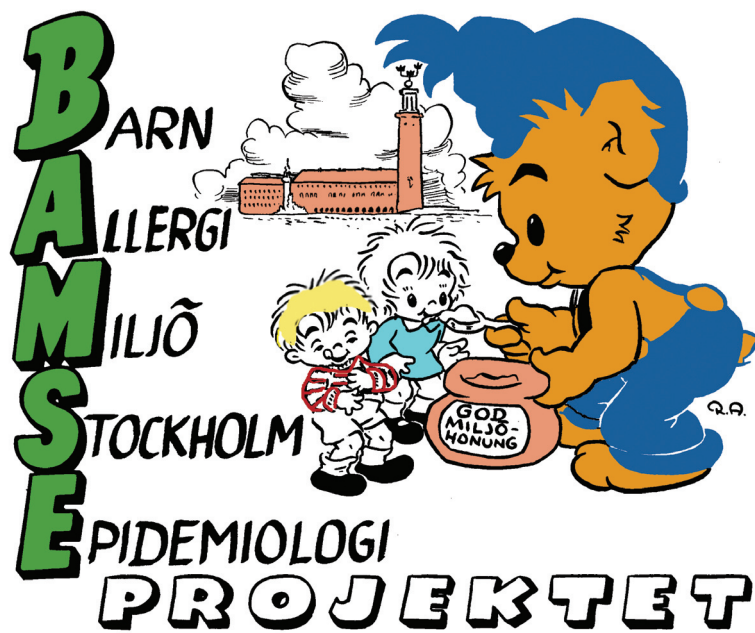


# ENKÄT FÖR FÖRÄLDRAR



Datum för ifyllande

| 2 | 0 | 0 | \_ | - | \_ | \_ | - | \_ | \_ |

**Fyll i följande uppgifter, om något skiljer sig från etiketten på framsidan.**

Barnets gatuadress	
Postnr och ort	Telefon till bostaden där barnet bor

Mammas adress (om annan än barnets)	
Mammas mobiltelefonnummer	Mammas e-postadress

Pappas adress (om annan än barnets)	
Pappas mobiltelefonnummer	Pappas e-postadress

**Får vi ta kontakt med barnet direkt om barnets enkät är ofullständigt ifylld?**

Nej

Ja

Barnets mobiltelefonnummer
Barnets e-postadress

# ANDNINGSBESVÄR


1. Har ditt barn **någonsin** haft pipande eller väsande andning?

- Nej  Om nej, gå vidare till fråga 6
- Ja  Om ja

Hur gammalt var ditt barn första gången besvären uppträdde?

- Yngre än 9 år
- 9–10 år
- Äldre än 10 år

2. Har ditt barn haft pipande eller väsande andning **de senaste 12 månaderna**?

- Nej  Om nej, gå vidare till fråga 6
- Ja  Om ja

Hur många gånger har ditt barn haft besvär **i samband med förkylning de senaste 12 månaderna**?

- 0
- 1–3
- 4–12
- Fler än 12

Hur många gånger har ditt barn haft besvär **utan förkylning de senaste 12 månaderna**?

- 0
- 1–3
- 4–12
- Fler än 12

3. Har ditt barn haft svårt att sova eller vaknat på grund av pipande eller väsende andning **de senaste 12 månaderna**?

Nej

Ja **Om ja** 

Hur ofta?

Mindre än 1 gång i månaden

1–3 gånger i månaden

Någon gång varje vecka

Flera gånger varje vecka

4. Har ditt barn haft så svåra besvär med pipande eller väsende andning att det behövt ta nya andetag när det pratat, **de senaste 12 månaderna**?

Nej

Ja, mellan hela meningar

Ja, mellan korta fraser

Ja, mellan varje till vartannat ord

5. Har ditt barn haft pipande eller väsende andning som påverkat barnets dagliga aktiviteter **de senaste 12 månaderna**?

Nej

Ja **Om ja** 

Hur mycket?

Litet

Måttligt

Ganska mycket

Mycket

6. Har ditt barn haft pipande eller väsende andning, tungt att andas eller besvärande hosta i samband med något av nedanstående, **de senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja **Om ja** 

I samband med vad?

- Ansträngning
- Kall luft, dimma
- Katt
- Hund
- Häst
- Björkpollen
- Gräspollen
- Psykisk belastning och stress
- Tobaksrök
- Luftföroreningar
- Starka dofter
- Mat eller matos
- Kall dryck
- Annat \_\_\_\_\_

7. Har ditt barn haft svårt att andas **i samband med** ansträngning **de senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja



8. Har ditt barn haft svårt att andas **utan** ansträngning **de senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja

# ASTMA

9. Har ditt barn haft symtom på astma **de senaste 12 månaderna**?

- Nej  Om nej, gå vidare till fråga 14!
- Ja 


Hur många gånger?

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

10. Hur ofta har ditt barn haft symtom på astma dagtid under en vanlig vecka **de senaste 12 månaderna**?

- Mindre än 2 gånger per vecka
- Mer än 2 gånger per vecka


11. Har ditt barn sökt akut för astma eller pipande, väsande andning **de senaste 12 månaderna**?

- Nej
- Ja 

Hur många gånger?

- 1 gång
- 2 gånger
- 3 gånger eller fler

12. Har ditt barn varit inlagt på sjukhus för astma **de senaste 12 månaderna**?

- Nej
- Ja 

Hur många gånger?

- 1 gång
- 2 gånger
- 3 gånger eller fler

13. Har ditt barn varit borta från skolan på grund av astma eller pipande, väsende andning **de senaste 12 månaderna**?

Nej

Ja

Om ja

Hur många dagar?

Mindre än 5 dagar

Mellan 5 -10 dagar

Mer än 10 dagar

14. Har ditt barn fått mediciner utskrivna av läkare för astma eller pipande, väsende andning **de senaste 12 månaderna**?

Nej

Ja

15. Har ditt barn tagit några mediciner för astma eller pipande, väsende andning **de senaste 12 månaderna**?

Nej

Ja

Om ja

Vilka astmamediciner?	Vid behov	Under en kortare period, några veckor i taget	Under en längre period, minst två månader
Bricanyl, Ventoline, Airomir, Buventol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulmicort, Flutide, Becotide, Giona Easyhaler, Beclomet, Astmanex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symbicort, Seretide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oxis, Serevent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Singulair tablett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hur ofta använder barnet luftrörsvidgande medicin (tex Bricanyl, Ventoline, Airomir, Buventol) under en vanlig vecka?

- Mindre än 2 gånger per vecka  
 Mer än 2 gånger per vecka
- 

17. Har ditt barn **någonsin** fått diagnosen astma av läkare?

- Nej  
 Ja
- 

18. Om ja, hur gammalt var ditt barn första gången det fick diagnosen astma av läkare?


- Yngre än 9 år  
 9-10 år  
 Äldre än 10 år
- 

## HUDBESVÄR

19. Har ditt barn haft torr hud **de senaste 12 månaderna**?

- Aldrig  
 Sällan  
 Ibland  
 Ofta  
 Alltid
- 

20. Har ditt barn haft kliande utslag **de senaste 12 månaderna**?

- Nej  Om nej, gå vidare till fråga 26!  
 Ja
- 

21. Har ditt barn haft kliande utslag flera gånger **de senaste 12 månaderna**?

- Nej  
 Ja



22. Hur länge höll de kliande utslagen i sig **de senaste 12 månaderna**?

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

23. Var fanns de kliande utslagen? Flera alternativ kan kryssas i.

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

24. Under vilken period på året har barnet 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  |
- 

25. Har ditt barn haft besvär av störd nattsömn på grund av kliande utslag **de senaste tolv månaderna**?

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

26. Har ditt barn haft eksem **de senaste 12 månaderna**?

Nej

Ja **Om ja** 

Hur länge har ditt barn haft eksem sammanlagt?

Mindre än 1 månad

1-3 månader

4-6 månader

Mer än 6 månader

Har eksemet medfört att barnet kliat och rivit sig i samband med något av nedanstående?

Luftvägsinfektion

Björkpollen

Värme, svettning

Gräspollen

Vinterkyla

Vissa födoämnen

Psykisk belastning och stress

Tvättmedel

Katt

Vissa klädmaterial

Hund

Annat \_\_\_\_\_

Häst

**Nej, inget besvär av något av dessa**

27. Har ditt barn **någonsin** fått diagnosen eksem av läkare?

Nej

Ja **Om ja** 

Hur gammalt var ditt barn när det första gången fick diagnosen eksem?

Yngre än 9 år

9-10 år

Äldre än 10 år

Atopiskt eksem

Kontaktallergiskt eksem

Annat eksem

Om annat eksem, vilket? \_\_\_\_\_

28. Har ditt barn smort sig med kortison **de senaste 12 månaderna?**

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid


29. Har ditt barn använt mjukgörande lotion, kräm eller salva **de senaste 12 månaderna?**

- Aldrig
- Sällan
- Ibland
- Ofta
- Alltid

30. Har ditt barn **någonsin** fått utslag vid kontakt med något av nedanstående?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nickel               | <input type="checkbox"/> Skor, klockarmband, handskar eller knäskydd |
| <input type="checkbox"/> Parfym               | <input type="checkbox"/> Annat _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Hårfärg eller toning | <input type="checkbox"/> <b>Nej, reagerar inte på något av dessa</b> |
| <input type="checkbox"/> Smink                |  |

31. Har ditt barn haft kontaktallergiskt eksem **de senaste 12 månaderna?**

- Nej
- Ja Om ja 

Vad utöste besvären?

- |                      |   |
|----------------------|---|
| Nickel               | Smink                                       |
| Parfym               | Skor, klockarmband, handskar eller knäskydd |
| Hårfärg eller toning | Annat _____                                 |

32. Har ditt barn haft nässelutslag (urticaria) **de senaste 12 månaderna**?

Nej

Ja

Om ja 

Vad utlöste nässelutslagen (urticarian)? Fler alternativ kan kryssas i.

Mat

Värme

Infektion

Ansträngning

Läkemedel

Tryck och beröring

Insektsbett

Vet ej

Kyla

Annat \_\_\_\_\_

33. Har ditt barn **någonsin** fått diagnosen nässelutslag (urticaria) av läkare?

Nej

Ja

Om ja 

Hur gammalt var ditt barn första gången det fick diagnosen nässelutslag (urticaria) av läkare?

Yngre än 9 år

9-10 år

Äldre än 10 år

Vad utlöste nässelutslagen (urticarian)? Fler alternativ kan kryssas i.

Mat

Värme

Infektion

Ansträngning

Läkemedel

Tryck och beröring

Insektsbett

Vet ej

Kyla


Annat \_\_\_\_\_

## ÖGON- OCH NÄSBE-

34. Har ditt barn **någonsin** besvärats av långdragen snuva eller nästäppa i mer än 4 veckor per år?

- Nej  
 Ja


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

- Nej  Om nej, gå vidare till fråga 40  
 Ja

36. Hur länge har ditt barn besvärats av nysningar, kliande näsa, rinnsnuva eller nästäppa utan att samtidigt vara förkyld **de senaste 12 månaderna?**

- Mindre än 1 månad  
 1-2 månader  
 2-6 månader  
 Mer än 6 månader

37. Har barnet haft dessa besvär mer än 4 dagar under en och samma vecka **de senaste 12 månaderna?**

- Nej  
 Ja 

Hände det under mer än 4 veckor i sträck?

- Nej  
 Ja

38. Under vilken period på året har barnet 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  |

39. Har ditt barn varit täppt i näsan i mer än 12 veckor **de senaste 12 månaderna**?

- Nej  
 Ja

40. Har ditt barn **någonsin** fått diagnosen hösnuva eller allergisnuva av läkare?


- Nej  
 Ja

Om ja 

Hur gammalt var ditt barn första gången det fick diagnosen?

- Yngre än 9 år  
 9-10 år  
 Äldre än 10 år

41. Har ditt barn besvärats av kliande röda eller rinnande ögon **utan** att samtidigt vara förkyld **de senaste 12 månaderna**?

- Nej  Om nej, gå vidare till fråga 45  
 Ja

42. Hur länge har ditt barn besvärats av kliande röda eller rinnande ögon **utan** att samtidigt vara förkyld **de senaste 12 månaderna**?

- Mindre än 1 månad  
 1-2 månader  
 2-6 månader  
 Mer än 6 månader

43. Har barnet haft dessa besvär i mer än 4 dagar under en och samma vecka **de senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja

Om ja →

Hände detta under mer än 4 veckor i sträck **de senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja

44. Under vilken period på året har barnet haft besvär med kliande, röda eller rinnande ögon **de senaste 12 månaderna?**

Januari

Februari

Mars

April

Maj

Juni

Juli

Augusti

September

Oktober

November

December

45. Har ditt barn haft besvär med nysningar, rinnsnuva, nästäppa, röda kliande eller vattniga ögon, utan att ha varit förkyld, i samband med nedanstående **de senaste 12 månaderna?**

Katt

Hund

Häst

Kanin, marsvin eller andra gnagare

Björkpollen

Gräspollen

Gråbopollen

Tobaksrök

Luftföroreningar

Mat eller matos

Starka dofter

Annat

**Nej, inget besvär av något av dessa**

 **Gå vidare till fråga 48 om ditt barn varken:**

- besvärats av långdragen snuva eller nästäppa i mer än 4 veckor per år.
- besvärats av nysningar, kliande näsa, rinnsnuva, nästäppa, kliande röda eller rinnande ögon utan att ha varit förkyld de senaste 12 månaderna.
- fått diagnosen hösnuva eller allergisnuva av läkare.

46. Har ditt barn haft näs- eller ögonbesvär som påverkat de dagliga aktiviteterna **de senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja **Om ja** 

Hur mycket?

Litet

Måttligt

Ganska mycket

Mycket

47. Har ditt barn vaknat eller haft svårt att sova på grund av näs- eller ögonbesvär **de senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja **Om ja** 

Hur ofta?

Mindre än en gång i månaden

1-3 gånger i månaden

Någon gång varje vecka

Flera gånger varje vecka

48. Har ditt barn använt mediciner mot näs- eller ögonbesvär **de senaste 12 månaderna?**

Nej  **Om nej, gå vidare till fråga 50**

Ja **Om ja** 

Vilken typ av medicin har ditt barn använt mot näs- och ögonbesvär **de senaste 12 månaderna?**

Medicin på recept

Receptfri medicin



49. Vilka mediciner för näs- eller ögonbesvär har barnet använt **de senaste 12 månaderna?**

	Vid behov	Under en kortare period, några veckor i taget	Under en längre period, minst 2 månader
<b>Ögondroppar:</b> Optanol, Lomudal, Livostin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ögondroppar:</b> Ultracortenol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nässpray:</b> Livostin, Lomudal, Lastin, Azelvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nässpray:</b> Rhinocort, Budesonid, Nasonex, Nasacort, Flutide, Becotide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Antihistamintabletter:</b> Loratadin, Cetrizine, Clarityn m fl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Har ditt barn haft missfärgat näsekret (snor) eller missfärgat slem i halsen **de senaste 12 månaderna?**

- Nej  
 Ja

51. Har ditt barn **någonsin** fått diagnosen bihåleinflammation av läkare?

- Nej  
 Ja

Om ja 

Hur gammalt var ditt barn första gången det fick diagnosen?

- Yngre än 9 år  
 9-10 år  
 Äldre än 10 år

52. Bli eller har ditt barn blivit allergivaccinerat (hyposensibiliserat) **de senaste 12 månaderna?**

- Nej  
 Ja

# MAT

53. Har ditt barn reagerat på något av nedanstående födoämnen?

	Nej	Vet ej / har aldrig smakat	Undviker pga tidigare besvär	Ja, har reagerat tidigare men inte nu	Ja, har reagerat de senaste 12 månaderna
Mjölk	<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"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaldjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sesam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äpple, päron, persika, körbär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jordnöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hasselnöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valnöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cashewnöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paranöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pistagenöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Om nej på alla födoämnen, gå vidare till fråga 55

54. Hur reagerade barnet?

	Astma- eller allergibesvär	Klåda i näsan, nästäppa, rinnsvua	Kliande rodnande ögon	Eksem	Nässelutslag	Kräkningar	Diarré	Svår magkramp	Svullnad i ansikte, ögonlock, läppar	Hosta eller heshet	Känsla av svullnad i svalget, halsen	Klåda i munnen, svalget, öronen	Uttalad trötthet, medvetandepåverkan	Annat _____	Hur snabbt kommer besvären? (tex Astma 10 min, Eksem 1 min)
Mjölk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Skaldjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sesam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Äpple, päron, persika, körsbär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kiwi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jordnöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hasselnöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Valnöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cashewnöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paranöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pistagenöt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

55. Har ditt barn sökt akut på sjukhus för allergisk reaktion mot födoämnen **de senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja

Om ja 

Hur många gånger?

1 gång

2 gånger

3 gånger eller fler

Sa läkaren att det var allergisk chock (anafylaxi)?

Nej

Ja

Vad utlöste besvären de senaste 12 månaderna?

Jordnöt

Paranöt

Hasselnöt

Pistagenöt

Mandel

Ägg

Valnöt

Mjök

Cashewnöt

Annat \_\_\_\_\_

56. Har ditt barn **någonsin** fått diagnosen födoämnesallergi av läkare?

Nej

Ja

Om ja 

Hur gammalt var ditt barn första gången det fick diagnosen?

Yngre än 9 år

9-10 år

Äldre än 10 år

57. Har ditt barn **någonsin** fått en adrenalinspruta (EpiPen® eller AnaPen®) utskrivna?

Nej



Om nej, gå vidare till fråga 62

Ja

58. Hur gammalt var ditt barn när adrenalinsprutan skrevs ut?

- Yngre än 9 år  
 9-10 år  
 Äldre än 10 år

59. Har ditt barn använt sprutan?

- Nej  
 Ja Om ja , hur många gånger?

60. Har du och ditt barn fått instruktioner om hur sprutan ska användas ?

- Nej  
 Ja

61. Har du och ditt barn fått öva på att använda sprutan?

- Nej  
 Ja, på ett föremål  
 Ja, på mig själv som förälder  
 Ja, barnet har sprutat sig själv

62. Har ditt barn använt något kosttillskott eller vitaminpreparat **de senaste 12 månaderna?**

- Nej  
 Ja, regelbundet  
 Ja, ibland

Om ja 

Vilka?	Hur många tabletter i veckan?	Från vilken ålder?
<input type="checkbox"/> Multivitaminer med mineraler		
<input type="checkbox"/> Multivitaminer utan mineraler		
<input type="checkbox"/> Vitamin A		
<input type="checkbox"/> Vitamin D		
<input type="checkbox"/> Vitamin C		
<input type="checkbox"/> Vitamin E		
<input type="checkbox"/> Fiskolja		

## ÖVRIGA SJUKDO-

63. Har ditt barn fått någon av följande diagnoser av läkare?

	Nej	Ja	Hur gammalt var barnet när diagnosen ställdes?
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Crohns sjukdom eller Ulcerös kolit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Glutenintolerans, celiaki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Laktosintolerans, tål ej mjölksocker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
ADHD eller annan hyperaktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

64. Har ditt barn några andra sjukdomar ?

- Nej  
 Ja

Om ja, vilka sjukdomar?

.....  
 .....  
 .....

65. Har ditt barn använt några andra mediciner **de senaste tre månaderna** (inte mediciner för astma, eksem, allergisnuva, nässelutslag)?

- Nej  
 Ja

Om ja 

Läkemedel (tex Alvedon, 500g, tablett)	Dos	Receptfri medicin	Medicin på recept	Används vid behov	Används varje dag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Har barnets mamma eller pappa fått någon av följande diagnoser av läkare?

	Nej	Ja, mamma	Ja, pappa	Ja, båda
Glutenintolerans (celiaki)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crohns sjukdom eller ulcerös kolit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laktosintolerans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärlkramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodfettssubbning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är kranskärlsopererad (by pass opererad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Har mamma eller pappa regelbunden medicinering för blodfettssubbning?

- Nej
- Ja, mamma
- Ja, pappa
- Ja, båda

68. Har andra biologiska släktingar (morföräldrar, farföräldrar, mors syskon, fars syskon) högt blodtryck, kärlkramp, haft hjärtinfarkt, diabetes eller är kranskärlsopererad (by pass opererad)?

- Nej
- Ja

Om ja 

Vilka? Fler alternativ kan kryssas i

	Mormor	Morfar	Farmor	Farfar	Mors syskon	Fars syskon
Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kärlkramp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Är kranskärlsopererad (by pass opererad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. Har mamma eller pappa återkommande besvär av något av nedanstående?

	Nej	Ja, mamma	Ja, pappa	Ja, båda
Illamående eller kräkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapningar eller gaser i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Återkommande diaréer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Begränsar något av detta föräldrarnas aktiviteter?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## RÖKVANOR

70. Rökte mamma under graviditeten med BAMSE-barnet?

- Nej
- Ja, sällan
- Ja, dagligen men inte i bostaden
- Ja, dagligen i bostaden

Om ja, hur många cigaretter per dag?

71. Rökte pappa under graviditeten med BAMSE-barnet?

- Nej
- Ja, sällan
- Ja, dagligen men inte i bostaden
- Ja, dagligen i bostaden

Om ja, hur många cigaretter per dag?

72. Röker mamma nu?

- Nej
- Ja, sällan
- Ja, dagligen men inte i bostaden
- Ja, dagligen i bostaden

Om ja, hur många cigaretter per dag?



73. Röker pappa nu?

- Nej
- Ja, sällan
- Ja, dagligen men inte i bostaden
- Ja, dagligen i bostaden

Om ja, hur många cigaretter per dag?

74. Röker någon annan person i barnets bostad eller på någon annan plats där barnet ofta befinner sig?

- Nej
- Ja, sällan
- Ja, dagligen

## HEMMILJÖ

75. Var bor ditt barn huvudsakligen?

- I föräldrarnas gemensamma bostad
- I mammas bostad
- I pappas bostad
- Bor lika mycket hos båda föräldrarna
- Annan bostad \_\_\_\_\_

**Om ditt barn bor lika mycket hos mamma och pappa så gäller följande frågor för den förälder som besvarar enkäten**

76. Vilken typ av bostad bor ditt barn i?

- Flerbostadshus (lägenhet) nedervåning
- Flerbostadshus (lägenhet) 1 trappa upp eller högre
- Enfamiljshus (villa, radhus etc)

77. Har bostaden något fönster som vetter mot.... (Fler alternativ kan kryssas i)

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

78. Har ditt barns sovrum något fönster som vetter mot....  
(Fler alternativ kan kryssas i)

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

79. Förekommer kondens (imma runt hela underkanten och minst 2 cm högt)  
på insidan av fönsterrutor i sovrum vintertid (nov-mars)?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, ofta

80. Har det funnits synlig fuktskada (fläckar och dylikt) i bostaden?

- Nej
- Ja

Om ja



Hur gammalt var barnet då fuktskada fanns i bostaden?

- Yngre än 9 år
- 9-10 år
- Äldre än 10 år
- Har funnits de senaste 12 månaderna

81. Har det funnits synlig mögelskada eller kännbar mögellukt i bostaden?

Nej

Ja

Om ja 

Hur gammalt var barnet då mögelskada eller mögellukt fanns i bostaden?

Yngre än 9 år

9-10 år

Äldre än 10 år

Har funnits de senaste 12 månaderna

82. Finns det, eller har det funnits pälsdjur i barnets hem?

Nej

Ja

Om ja 

Vilka pälsdjur?

	Före 9 års ålder	9-10 års ålder	Efter 10 års ålder	Senaste 12 månaderna
Katt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gnagare(marsvin,hamster,mus,råtta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

83. Har ni gjort några förändringar enligt nedanstående, på grund av misstänkt astma, hudbesvär eller allergi hos barnet eller övriga familjemedlemmar?

Nej

Avstått från att skaffa pälsdjur

Lämnat bort pälsdjur

Slutat röka

Skaffat luftrenare

Bytt bostad

Tagit bort mattor

Våttorkat golven oftare

Dammsugit oftare

Åtgärder för att lindra hudbesvär

Annat \_\_\_\_\_

Yngre  
än 9 år

9-10  
år

Äldre  
än 10 år

## ÖVRIGA FRÅGOR

84. Idrottar eller motioner ditt barn på fritiden?

- Nej, aldrig
- Ja, men sällan
- Ja, en gång i veckan
- Ja, flera gånger i veckan

Om ja 

Hur lång tid motionerar ditt barn per gång i genomsnitt?

- Mindre än 30 minuter
- 30-60 minuter
- 1-2 timmar
- Mer än 2 timmar

85. Vilket år är barnets mamma född?

86. Vilket år är barnets pappa född?

87. Vem har fyllt i formuläret?

- Mamma
- Pappa
- Annan person \_\_\_\_\_

88. För att studera sambandet mellan längd- och viktutveckling och hälsa under barndomen önskar vi inhämta information om detta från skolhälsovården (som även har data från BVC). Om ni ger oss tillstånd kommer barnets skolsköterska att skicka uppgifterna till oss.

Jag ger mitt tillstånd till att information om längd- och viktuppgifter får inhämtas från skolhälsovården (1 och 2 års ålder samt åk 1,4 och 6).


- Nej
- Ja

Här kommer flera frågor om adresser för boende, barnomsorg och skola, förutom för perioden 0-8 år som vi redan frågat om. Vi kommer att använda de nya uppgifterna till att uppskatta hur mycket barnet utsätts för luftföroreningar och buller. Vi är tacksamma för så precisa uppgifter som möjligt, men har naturligtvis förståelse för att vissa uppgifter kan vara svåra att få fram.

89. Var bodde mamma under graviditeten med BAMSE-barnet?

Gatuadress	Ort	Våningsplan	From (åååå mm)	Tom (åååå mm)

90. Har barnet flyttat sedan 9 års ålder

- Nej  
 Ja **Om ja** 

Hur många gånger?

- 1 gång  
 2 gånger  
 3 gånger eller flera

91. På vika adresser har ditt barn bott sedan 9 års ålder

Gatuadress	Ort	Våningsplan	From (åååå mm)	Tom (åååå mm)	Om delat boende andel av boendet i procent

92. I vilken skola går barnet nu?

Skolans namn	Adress	Ort	Barnet började (åååå mm)

93. I vilka skolor har ditt barn gått sedan 9 års ålder, om annan än ovan?

Skolans namn	Adress	Ort	From (åååå mm)	Tom (åååå mm)

94. Har ditt barn haft barnomsorg (fritids eller annat) utanför hemmet från 9 års ålder?

Nej

Ja

Om ja 

Fritidshemmet	Adress	Ort	From (åååå mm)	Tom (åååå mm)

95. Vad tyckte du om denna enkät?

.....

.....

.....

.....

96. Varför valde du att svara via pappersenkäten?

- Jag föredrar papper framför internet
- Jag har inte tillgång till internet
- Jag vill inte fylla i uppgifter på internet

Kommentar:

---

Övriga kommentarer

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tack för hjälpen!

[www.folkhalsoguiden.se/bamse](http://www.folkhalsoguiden.se/bamse)