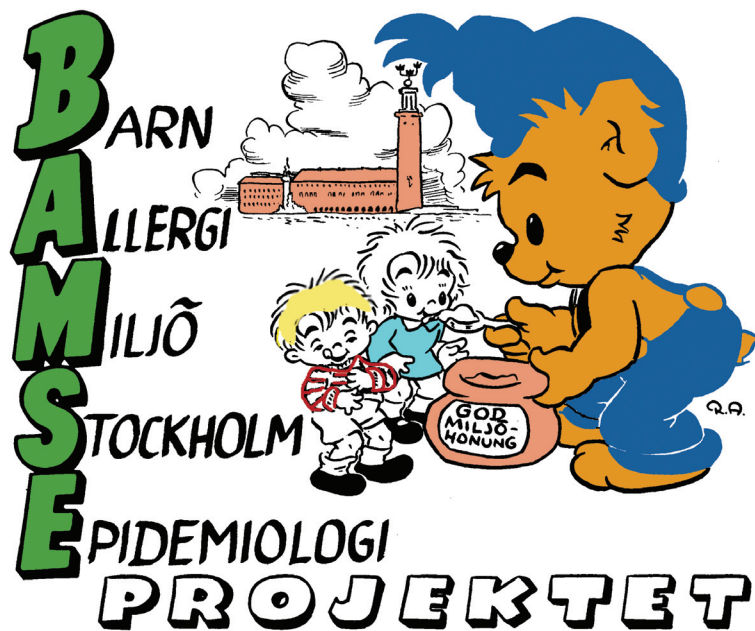


BARN- OCH UNGDOMSENKÄT



Ditt mobilnummer

Din e-postadress

Jag har ingen mobiltelefon

Jag har ingen e-postadress

I vilken årskurs (klass) går du?

Stämmer adressen på etiketten på framsidan?

Ja

Nej

Om adressen inte stämmer, var bor du?

Adress

Postnr och ort

Telefon där du bor

Adress

Postnr och ort

Telefon där du bor

HUR MÅR DU?

1. Hur mår du?

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

2. Hur frisk tycker du att du är?

- Helt frisk
 - Ganska frisk
 - Inte särskilt frisk
-

3. Hur trivs du med livet just nu?

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

AKTIVITET

4. När du tar dig till och från skolan eller går hem till kompisar, hur lång tid rör du på dig? (Cyklar, går, springer, etc.) Lägg ihop all tid under en dag.

- Mindre än 15 minuter
 - 15–30 minuter
 - 30–60 minuter
 - Mer än 1 timme
-

5. Tränar eller idrottar du på fritiden?

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

6. Brukar du vara med på idrotten i skolan?

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

7. Brukar du röra på dig på annat sätt?

.....

.....

8. Hur många timmar om dagen tittar du på TV, video eller DVD-film?

- | Måndag – fredag | Lördag – söndag |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En halvtimme | <input type="checkbox"/> En halvtimme |
| <input type="checkbox"/> 1 timme | <input type="checkbox"/> 1 timme |
| <input type="checkbox"/> 2 timmar | <input type="checkbox"/> 2 timmar |
| <input type="checkbox"/> 3 timmar | <input type="checkbox"/> 3 timmar |
| <input type="checkbox"/> 4 timmar | <input type="checkbox"/> 4 timmar |
| <input type="checkbox"/> 5 timmar | <input type="checkbox"/> 5 timmar |
| <input type="checkbox"/> 6 timmar | <input type="checkbox"/> 6 timmar |
| <input type="checkbox"/> 7 timmar eller mer | <input type="checkbox"/> 7 timmar eller mer |
| <input type="checkbox"/> Inte alls | <input type="checkbox"/> Inte alls |
-

9. Hur många timmar om dagen använder du en dator?

- | Måndag – fredag | Lördag – söndag |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En halvtimme | <input type="checkbox"/> En halvtimme |
| <input type="checkbox"/> 1 timme | <input type="checkbox"/> 1 timme |
| <input type="checkbox"/> 2 timmar | <input type="checkbox"/> 2 timmar |
| <input type="checkbox"/> 3 timmar | <input type="checkbox"/> 3 timmar |
| <input type="checkbox"/> 4 timmar | <input type="checkbox"/> 4 timmar |
| <input type="checkbox"/> 5 timmar | <input type="checkbox"/> 5 timmar |
| <input type="checkbox"/> 6 timmar | <input type="checkbox"/> 6 timmar |
| <input type="checkbox"/> 7 timmar eller mer | <input type="checkbox"/> 7 timmar eller mer |
| <input type="checkbox"/> Inte alls | <input type="checkbox"/> Inte alls |

MAT


10. Hur ofta äter du frukost (mer än till exempel ett glas mjölk eller juice)?

Måndag – fredag	Lördag – söndag
<input type="checkbox"/> En dag	<input type="checkbox"/> En av dagarna
<input type="checkbox"/> Två dagar	<input type="checkbox"/> Båda dagarna
<input type="checkbox"/> Tre dagar	<input type="checkbox"/> Aldrig
<input type="checkbox"/> Fyra dagar	
<input type="checkbox"/> Fem dagar	
<input type="checkbox"/> Aldrig	

11. Hur många gånger i veckan äter eller dricker du ... ?

	Aldrig	Mindre än en gång i veckan	En gång i veckan	2-4 dagar per vecka	5-6 dagar per vecka	En gång om dagen	Mer än en gång om dagen
Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Godis eller choklad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Läskedrycker som innehåller socker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips, popcorn eller andra snacks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Reagerar du allergiskt mot något i maten?

Nej
 Ja **Om ja** 

<input type="checkbox"/> Mjölk – protein	<input type="checkbox"/> Mjölk – laktos	<input type="checkbox"/> Ägg
<input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/> Skaldjur	<input type="checkbox"/> Vetemjöl
<input type="checkbox"/> Gluten	<input type="checkbox"/> Soja	<input type="checkbox"/> Sesam
<input type="checkbox"/> Äpple, persika	<input type="checkbox"/> Kiwi	<input type="checkbox"/> Jordnöt
<input type="checkbox"/> Mandel	<input type="checkbox"/> Hasselnöt	<input type="checkbox"/> Övriga nötter (pistagenöt, paranöt, cashewnöt, valnöt)
<input type="checkbox"/> Annat _____		

13. Har du en adrenalinspruta att ta om du reagerar mot något i maten?

Nej

Ja

Om ja 

Har du använt sprutan någon gång?

Nej

Ja

Om ja 

Har du tagit sprutan själv?

Nej

Ja

ANDNINGSBESVÄR

14. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft pipande eller väsande andning?

Nej

Ja

15. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft pipande eller väsande andning när du varit förkyld?

Nej

Ja, ibland

Ja, ofta

16. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft pipande eller väsande andning **utan** att du varit förkyld?

Nej

Ja, ibland

Ja, ofta

17. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft pipande eller väsende andning som påverkat dina dagliga aktiviteter (skola, fritid, idrott)?

Nej

Ja **Om ja** ↓

Hur mycket?

Litet

Ganska mycket

Måttligt

Mycket

18. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft svårt att sova eller vaknat på grund av pipande eller väsende andning?

Nej

Ja, men bara när jag är förkyld

Ja, när jag inte är förkyld

19. Under **de senaste 12 månaderna**, har du tagit några mediciner för astma eller pipande, väsende andning?

Nej

Ja, ibland

Ja, ofta **Om ja** ↓

Vilka?	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"/>

20. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft svårt att andas när du ansträngt dig?

Nej

Ja

21. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft svårt att andas **utan** att du ansträngt dig?

Nej

Ja

22. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft symtom på astma?

Nej

Ja

Kanske

BESVÄR MED ÖGON OCH NÄSA

23. Under **de senaste 12 månaderna**, har du under flera dagar haft nysningar, kliande näsa, snuva eller varit täppt i näsan **utan** att du varit förkyld?

Nej

Ja

24. Under **de senaste 12 månaderna**, har du under flera dagar haft kliande, röda eller rinnande ögon **utan** att du varit förkyld?

Nej

Ja

25. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft näs- eller ögonbesvär som påverkat dina dagliga aktiviteter (skola, fritid, idrott)?

Nej

Ja

Om ja

Hur mycket?

Litet

Ganska mycket

Måttligt

Mycket

26. Under **de senaste 12 månaderna**, har du vaknat eller haft svårt att sova på grund av dina näs- eller ögonbesvär **utan** att du varit förkyld?

Nej

Ja

27. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft hösnuva (allergisk snuva)?

- Nej
 Ja
 Kanske

28. Under **de senaste 12 månaderna**, har du tagit några mediciner mot näs- eller ögonbesvär?

- Nej
 Ja, ibland
 Ja, ofta

Om ja →

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

29. Reagerar du allergiskt mot pollen från träd eller gräs?

- Nej
 Ja

Om ja →

Björkpollen Gräspollen Gråbopollen
 Annat _____

30. Reagerar du allergiskt mot pälsdjur?

- Nej
 Ja

Om ja →


Katt Hund Häst
 Kanin, marsvin, hamster, råtta, mus
 Annat _____

HUD OCH EKSEM

31. Får du utslag vid kontakt med?

- Nickel Parfym Hårfärg eller toning
 Smink Skor, klockarmband, handskar eller knäskydd
 Annat _____
 Jag får inga utslag vid kontakt med något av dessa.

32. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft eksem?

- Nej  **Om nej, gå vidare till fråga 35!**
 Ja
 Kanske

33. Under **de senaste 12 månaderna**, har du smörjt dig med kortison mot ditt eksem?

- Aldrig
 Sällan
 Ibland
 Ofta
 Alltid


34. Under **de senaste 12 månaderna**, har du smörjt dig med mjukgörande lotion, kräm eller salva mot ditt eksem?

- Aldrig
 Sällan
 Ibland
 Ofta
 Alltid

35. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft besvär med torr hud?

- Nej
 Ja, och jag smörjer med mjukgörande lotion, kräm eller salva
 Ja, men jag smörjer inte med mjukgörande lotion, kräm eller salva

36. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft kliande utslag?

- Nej  Om nej, gå vidare till fråga 52!
 Ja
-

37. Under **de senaste 12 månaderna**, har du haft kliande utslag **flera gånger**?

- Nej
 Ja
-

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

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

39. Var fanns de kliande utslagen?

- | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <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 bröstkorg, mage, rygg eller skuldror |
| <input type="checkbox"/> I armhålorna | <input type="checkbox"/> På skinkorna |
| <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 _____ |
-

40. Under **den senaste veckan**, har du haft kliande utslag?

- Nej  Om nej, gå vidare till fråga 52!
 Ja
-

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

- Väldigt mycket
 Ganska mycket
 Bara lite
 Inte alls

42. 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
-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

48. Om du haft **lov**:

Har dina hudbesvär stört dig från att njuta av **lovet** under den senaste veckan?

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

49. 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**?

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

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

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

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

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

PUBERTETSUTVECKLING

Vi skulle gärna vilja veta var i puberteten du befinner dig. Detta hjälper oss att förstå hur vissa allergisjukdomar förändras under puberteten.

FRÅGOR TILL POJKAR



Flickor



Gå vidare till fråga 57!

52. Skulle du säga att ditt växande ...

- Inte ännu har kommit in i spurten
(med "spurten" menas att man växer mer än vanligt)
- Har enbart startat
- Har definitivt kommit igång
- Är avslutat

53. Skulle du säga att din kroppsbehåring (armhåle- och könsbehåring) ...

- Ännu inte börjat växa
- Har nått och jämnt börjat växa
- Har definitivt kommit igång
- Är färdigutväxt

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

- Nej
- Ja, nått och jämnt
- Ja ,definitivt
- Hudförändringarna har upphört

55. Har du lagt märke till att din röst har blivit grövre?

- Nej
- Ja, nått och jämnt
- Ja ,definitivt
- Röstförändringarna har upphört

56. Har du börjat få skägg?

- Nej
- Ja, nått och jämnt
- Ja ,definitivt
- Skäggväxten är igång för fullt



57. Skulle du säga att ditt växande ...

- Inte ännu har kommit in i spurten
(med "spurten" menas att man växer mer än vanligt)
- Har enbart startat
- Har definitivt kommit igång
- Är avslutat

58. Skulle du säga att din kroppsbe håring (armhåle- och könsbe håring) ...

- Ännu inte börjat växa
- Har nått och jämnt börjat växa
- Har definitivt kommit igång
- Är färdigutväxt


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

- Nej
- Ja, nått och jämnt
- Ja ,definitivt
- Hudförändringarna har upphört

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

- Nej
- Ja, nått och jämnt
- Ja ,definitivt
- Bröstillväxten verkar vara avslutad

61. Har du börjat få menstruation?

- Nej
- Ja **Om ja** 

Hur gammal var du?

Jag var år och månader.

ÖVRIGA FRÅGOR

62. Röker du?

- Nej, har aldrig rökt
 - Nej, har bara provat
 - Ja ,men bara ibland
 - Ja, varje dag
-


63. Är du ofta i närheten av någon som röker?

- Nej, aldrig
 - Nej, bara ibland
 - Ja ,ganska ofta
 - Ja, väldigt ofta
-

64. Snusar du?

- Nej, har aldrig snusat
 - Nej, har bara provat
 - Ja ,men bara ibland
 - Ja, varje dag
-

65. Har du hål i öronen eller hål för smycken någon annanstans på kroppen?

- Nej
- Ja **Om ja** 

Hur gammal var du första gången du gjorde hål? år

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

Längd cm Vikt kg

67. Har du eller någon i familjen djur?

Nej

Ja

Om ja



Vilket djur?

Katt

Hund

Gnagare
(marsvin, kanin,
hamster, råtta,
mus)

Annat _____

Hur ofta träffar du djuret?

Varje eller nästan varje dag
 Ibland (till exempel varannan vecka)
 Sällan

Varje eller nästan varje dag
 Ibland (till exempel varannan vecka)
 Sällan

Varje eller nästan varje dag
 Ibland (till exempel varannan vecka)
 Sällan

Varje eller nästan varje dag
 Ibland (till exempel varannan vecka)
 Sällan

DIN MAGE

68. Har du sura uppstötningar, illamående eller kräkningar?

Nej

Ja

Om ja



Hur ofta?

- Dagligen
 Varje vecka
 Varje månad
 Någon gång per termin

69. Har du besvär av att du rapar och pruttar?

Nej

Ja

Om ja 

Hur ofta?

Dagligen

Varje vecka

Varje månad

Någon gång per termin

70. Har du återkommande smärta i magen (förutom mensvärk)?

Nej

Ja

Om ja 

Hur ofta?

Dagligen

Varje vecka

Varje månad

Någon gång per termin

71. Har du hård avföring, är det jobbigt att bajsas eller gör det ont att bajsas?

Nej

Ja

Om ja 

Hur ofta?

Dagligen

Varje vecka

Varje månad

Någon gång per termin

72. Händer det att det kommer bajs i trosorna eller kalsongerna?

Nej

Ja **Om ja** ↓

Hur ofta?

Dagligen

Varje vecka

Varje månad

Någon gång per termin

73. Har du återkommande diarréer?

Nej

Ja **Om ja** ↓

Hur ofta?

Dagligen

Varje vecka

Varje månad

Någon gång per termin

74. Vem har fyllt i enkäten?

Jag har fyllt i enkäten själv

Jag har fyllt i enkäten själv, men frågat någon vuxen

Någon annan har fyllt i åt mig

75. Vad tyckte du om att fylla i enkäten?

Det var lätt

Det var roligt

Det var svårt

Det var tråkigt

Varken lätt eller svårt

Det var jobbigt

Vill du berätta något annat?

Tack för hjälpen!

www.folkhalsoguiden.se/bamse