



*En undersökning för att studera förekomst av
allergisjukdomar bland barn i Stockholm*

Miljömedicinska enheten, Stockholms läns landsting
Astrid Lindgrens barnsjukhus
Institutet för Miljömedicin, Karolinska institutet
Stockholm



Om ni har frågor ring gärna till vårt sekretariat vid Miljömedicinska enheten

BAMSE-sekretariatet

Telefon: 08-517 779 16

Boel Zakrisson-Hedén, Stina Gustavsson, Eva Hallner

E-post: bamse@smd.sll.se

Fax: 08-517 779 00

Hemsida: www.sll.se/miljomedicin

Ansvariga för undersökningen

Med dr Magnus Wickman, Miljömedicinska enheten, Stockholms läns landsting, Stockholm
Barnsjuksköterska Inger Kull, Miljömedicinska enheten, Stockholms läns landsting, Stockholm
Professor Göran Pershagen, Institutet för miljömedicin, Karolinska institutet, Stockholm

+

+

+



Ni underlättar för oss om ni skriver tydligt och markerar kryssrutorna klart. Tack!

Enkäten avser:

--

Fyll i följande uppgifter, **om något skiljer sig från ovanstående**

Barnets gatuadress	
Postnr och ort	Telefon till bostaden där barnet bor
Mammas adress (om annan än barnets)	
Pappas adress (om annan än barnets)	
Telefon mamma dagtid	Telefon pappa dagtid

E-postadress som vi kan använda för att kontakta er och skicka eventuell information om projektet

E-postadress

Datum för ifyllande
2 _0_ _0_ _ _ - _ _ _ - _ _ _

+

1

+

+

+

+



+

2

+

Frågor om barnets hälsa

På denna sida finns en rad generella frågor om **barns allmänna hälsa** samt på nästa sida en "hälso-termometer". Frågorna är inte direkt kopplade till någon specifik sjukdom och utgörs av ett internationellt standardiserat formulär. Därigenom kan vi i BAMSE-gruppen inte påverka utformningen av dessa frågor.

1. Markera, genom att kryssa i en ruta i varje nedanstående grupp, vilket påstående som bäst beskriver ditt barns hälsotillstånd i dag.

Rörlighet

- Går utan svårigheter
- Kan gå men med viss svårighet
- Är sängliggande

Hygien

- Behöver ingen hjälp med sin dagliga hygien, mat eller påklädning
- Har vissa problem att tvätta eller klä sig själv
- Kan inte tvätta eller klä sig själv

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

- Klarar av sina huvudsakliga aktiviteter
- Har vissa problem med att klara av sina huvudsakliga aktiviteter
- Klarar inte av sina huvudsakliga aktiviteter

Smärtor/besvär

- Har varken smärtor eller besvär
- Har måttliga smärtor eller besvär
- Har svåra smärtor eller besvär

Oro/nedstämdhet

- Är inte orolig eller nedstämd
- Är orolig eller nedstämd i viss utsträckning
- Är i högsta grad orolig eller nedstämd

+

+

+

2. Till hjälp för att avgöra hur bra eller dåligt ett hälsotillstånd är, finns den termometer-liknande skalan till höger. På denna har det bästa hälsotillstånd du kan tänka dig markerats med 100 och det sämsta hälsotillstånd du kan tänka dig markerats med 0.

Vi vill att du på denna skala markerar hur bra eller dåligt **ditt barns** hälsotillstånd är, som du bedömer det. Gör detta genom att dra en linje från nedanstående ruta till den punkt på skalan som markerar hur bra eller dåligt **du bedömer ditt barns** nuvarande hälsotillstånd.

Ditt barns
nuvarande
hälsotillstånd



Bästa
tänkbara
tillstånd

100



Sämsta
tänkbara
tillstånd

+

4

+

- Andningsbesvär -

3. Har ditt barn haft besvär med pipande eller väsende andning **från 4 års ålder?**

Nej

Ja → Vid 4-6 års ålder

Vid 7-9 års ålder

→ Vid hur många tillfällen har ditt barn haft besvär de **senaste 12 månaderna?**

0 tillfällen

1-3 tillfällen

4-12 tillfällen

Fler än 12 tillfällen

4. Har ditt barn haft pipande eller väsende andning i samband med **ansträngning** de **senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja

5. Har besvären med pipande eller väsende andning påverkat ditt barns dagliga aktiviteter de **senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja → Om ja, hur mycket?

Inte alls

Något litet

Måttligt

Ganska mycket

Mycket

6. Har ditt barn haft störd sömn på grund av hosta eller andningsbesvär de **senaste 12 månaderna?**

Nej

Ja → Om ja, hur ofta?

Mindre än 1 gång i månaden

1-2 gånger i månaden

3-6 gånger i månaden

Mer än 6 gånger i månaden

+

7. Har ditt barn fått pipande, väsande andning eller besvärande hosta i samband med något av följande från 4 års ålder?

 Nej

- Ja →
- Ansträngning (t ex att springa, leka)
 - Kall luft, dimma
 - Psykisk belastning (t ex stress)
 - Katt
 - Hund
 - Häst
 - Björkpollen
 - Gräspollen
 - Tobaksrök
 - Luftföroreningar (t ex bilavgaser)
 - Starka dofter (t ex parfym, lim, färg)
 - Födoämnen
 - Annat

+

+

8. Har ditt barn fått någon behandling för andningsbesvär de senaste 12 månaderna?

 Nej

Ja → Om ja, besvara nedanstående

	Vid behov	Regelbundet
Kortverkande luftrörsvidgande (t ex Bricanyl, Ventoline)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalationskortison (t ex Pulmicort, Flutide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Så kallade kombinationspreparat (t ex Symbicort, Seretide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Långverkande luftrörsvidgande (t ex Oxis, Serevent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergivaccination / hyposensibilisering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Homeopatisk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akupunktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

"Regelbundet"
= sammanlagd användning av någon astmamedicin dagligen under minst 2 månader av året.

+

6

+

+

+

+

9. Har ditt barn fått diagnos astma av läkare från 4 års ålder?

 Nej

 Ja → Vid 4-6 års ålder

 Vid 7-9 års ålder

10. Har ditt barn sökt vård för astma eller andningsbesvär de senaste 12 månaderna?

 Nej

 Ja → Om ja, besvara nedanstående

För akuta astmabesvär på:

	1-3 gånger	Mer än 3 gånger	Hos läkare	Hos sjuksköterska
Distriktsläkarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutmottagning på sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

För allmän kontroll av astma på:

	1-3 gånger	Mer än 3 gånger	Hos läkare	Hos sjuksköterska
Distriktsläkarmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnmottagning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnallergimottagning på sjukhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Har ditt barn varit inlagd på sjukhus för astma de senaste 12 månaderna?

 Nej

 Ja → Om ja, hur många gånger?

 1 gång

 2 gånger

 Mer än 2 gånger

12. Har ditt barn varit borta från skolan för astma, allergisnuva, eksem eller födoämnesallergi de senaste 12 månaderna?

 Nej

 Ja → Om ja, hur många dagar?

 Mindre än 5 dagar

 Mellan 5-10 dagar

 Mer än 10 dagar

+

7

+

+

+

+

13. Har mamma eller pappa varit borta från arbetet för barnets astma, allergisnuva, eksem eller födoämnesallergi de **senaste 12 månaderna**?

 Nej

 Ja → Om ja, hur många dagar?

 Mindre än 5 dagar

 Mellan 5-10 dagar

 Mer än 10 dagar

- Hudbesvär -

14. Har ditt barn torr hud?

 Nej

 Ja

15. Har ditt barn haft hudutslag med klåda som medfört att barnet rivit och kliat sig i minst 2 veckor **de senaste 12 månaderna**?

 Nej

 Ja → Var finns/fanns utslagen?

 I ansiktet

 I hårbotten

 På armarnas och/eller benens utsidor

 I armhålorna

 I armbågsveck och/eller knäveck

 På handleder och/eller på fotleder

 På halsen

 På bröst, mage och/eller rygg

 På skinkorna


+

8

+

+

+

+

16. Har ditt barn fått diagnos eksem av läkare från 4 års ålder?

 Nej

 Ja → Om ja, besvara nedanstående

	Vid 4-6 års ålder	Vid 7-9 års ålder
Atopiskt eksem (böjveckseksem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontaktallergiskt eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Har ditt barn fått besvär med eksem som medfört att det kliat och rivit sig i samband med något av följande från 4 års ålder?

 Nej

 Ja → Luftvägsinfektioner (t ex snuva, förkylning)

 Värme, svettning

 Vinterkyla

 Psykisk belastning (t ex stress)

 Katt

 Hund

 Häst

 Björkpollen

 Gräspollen

 Födoämnen

 Annat

18. Har ditt barn smorts med kortisonsalva/kräm på grund av kliande utslag från 4 års ålder?

 Nej

 Ja → Om ja, besvara nedanstående

	Vid 4-6 års ålder	Vid 7-9 års ålder
Vid behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelbundet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Är ditt barn gummiallergiskt (latexallergiskt)?

 Nej

 Ja

+

9

+

+

+

+

- Ögon- och näsbesvär -

20. Har ditt barn besvärats av långdragen snuva eller nästäppa i mer än 3 veckor **från 4 års ålder**?

Nej

Ja → I 4-8 veckor
 I 2-6 månader
 I mer än 6 månader

21. Har ditt barn besvärats av nysningar, rinnsnuva eller nästäppa utan att ha varit förkyld de **senaste 12 månaderna**?

Nej

Ja → Har dessa besvär förekommit samtidigt med kliande, rinnande ögon de **senaste 12 månaderna**?

Nej

Ja

22. Har ditt barn fått besvär med nysningar, rinnsnuva, nästäppa eller röda kliande ögon i samband med något av följande **från 4 års ålder**?

Nej

Ja → Kall luft, dimma
 Katt
 Hund
 Häst
 Björkpollen
 Gräspollen
 Tobaksrök
 Luftföroreningar (t ex bilavgaser)
 Starka dofter (t ex parfym, lim, färg)
 Födoämnen
 Annat

23. Har ditt barn fått diagnos "hösnuva" eller allergisnuva av läkare **från 4 års ålder**?

Nej

Ja → Vid 4-6 års ålder
 Vid 7-9 års ålder

+

10

+

+

+

+

- Födoämnesbesvär -

24. Är ditt barn allergiskt mot något i maten?

Nej

Ja → Om ja, besvara nedanstående
(Flera kryss på varje rad möjliga)

	Besvär från näsa/ögon	Klåda i munnen	Andnings- besvär	Kräkningar eller diarré	Eksem	Nässel- utslag	Uteslutit p g a besvär
Mjök	<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"/>
Fisk	<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"/>
Vetemjöl	<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"/>
Äpplen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persikor	<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"/>
Avokado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Råa morötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jordnötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nötter/mandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat, vad? <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 200px;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Har ditt barn fått diagnos födoämnesallergi av läkare från 4 års ålder?

Nej

Ja → Vid 4-6 års ålder

Vid 7-9 års ålder

+

+

+

+

+

Frågor till mamma

26. Har du insjuknat i astma för första gången sedan ditt barn var 2-3 månader gammalt?

 Nej

 Ja

→ Har diagnosen ställts av läkare?

 Nej

 Ja

27. Har du insjuknat i allergisk snuva (hösnuva) för första gången sedan ditt barn var 2-3 månader gammalt?

 Nej

 Ja

→ Har diagnosen ställts av läkare?

 Nej

 Ja

28. Har du insjuknat i eksem för första gången sedan ditt barn var 2-3 månader gammalt (psoriasis räknas inte)?

 Nej

 Ja

→ Atopiskt eksem (böjveckseksem)

Seborroiskt eksem (mjällleksem)

Kontaktallergiskt eksem

Annat eksem

→ Har diagnosen ställts av läkare?

 Nej

 Ja

29. Har du insjuknat i allergi mot pälsdjur för första gången sedan ditt barn var 2-3 månader gammalt?

 Nej

 Ja

→ Har diagnosen ställts av läkare?

 Nej

 Ja

30. Har du insjuknat i allergi mot pollen för första gången sedan ditt barn var 2-3 månader gammalt?

 Nej

 Ja

→ Har diagnosen ställts av läkare?

 Nej

 Ja

31. Vilket är ditt yrke?

(Försök att lämna en yrkesbeskrivning som så noggrant som möjligt beskriver din huvudsakliga arbetsuppgift. Exempelvis skriv istället för lärare: förskollärare, lågstadielärare, textillärare).

+

12

+

+

+

+

Frågor till pappa

32. Har du insjuknat i astma för första gången sedan ditt barn var 2-3 månader gammalt?

 Nej

 Ja →

Har diagnosen ställts av läkare?

 Nej

 Ja

33. Har du insjuknat i allergisk snuva (hösnuva) för första gången sedan ditt barn var 2-3 månader gammalt?

 Nej

 Ja →

Har diagnosen ställts av läkare?

 Nej

 Ja

34. Har du insjuknat i eksem för första gången sedan ditt barn var 2-3 månader gammalt (psoriasis räknas inte)?

 Nej

 Ja →

 Atopiskt eksem (böjveckseksem)

 Seborroiskt eksem (mjällleksem)

 Kontaktallergiskt eksem

 Annat eksem

→ Har diagnosen ställts av läkare?

 Nej

 Ja

35. Har du insjuknat i allergi mot pälsdjur för första gången sedan ditt barn var 2-3 månader gammalt?

 Nej

 Ja →

Har diagnosen ställts av läkare?

 Nej

 Ja

36. Har du insjuknat i allergi mot pollen för första gången sedan ditt barn var 2-3 månader gammalt?

 Nej

 Ja →

Har diagnosen ställts av läkare?

 Nej

 Ja

37. Vilket är ditt yrke?

(Försök att lämna en yrkesbeskrivning som så noggrant som möjligt beskriver din huvudsakliga arbetsuppgift. Exempelvis skriv istället för lärare: forskollärare, lågstadielärare, textillärare).

+

13

+

+

+

+

Frågor om barnets biologiska syskon (Hel- eller halvsyskon)

38. Har ditt barn några biologiska syskon?

Nej → Gå till fråga 40

Ja

39. Har något biologiskt syskon fått diagnosen astma, hörsnuva, allergi, atopiskt eksem eller födoämnesallergi av läkare?

Nej

Ja → Om ja, besvara nedanstående

	Syskon 1	Syskon 2	Syskon 3	Syskon 4	Syskon 5
Född år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	år	år	år	år	år
Helsyskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halvsyskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tvilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pojke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flicka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisk snuva (hörsnuva)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atopiskt eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi mot pälsdjur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi mot pollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Födoämnesallergi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

14

+

+

+

+

Barnets kostvanor

40. Vilken typ av matfett brukar ni använda till matlagning?

(Ange endast ett alternativ, det vanligaste)

- Smör
- Bregott, 80% fett
- Hushållsmargarin (t ex Milda, Blåvitt, HushållsEve, Ädel)
- Bordsmargarin (t ex Flora, Linnéa)
- Flytande margarin
- Matolja
- Annat
- Vet ej
- Vi använder inget matfett till matlagning

41. Vilken typ av matfett brukar ditt barn använda på sina smörgåsar?

(Ange endast ett alternativ, det vanligaste)

- Smör
- Bregott, 80% fett
- Bregott Mellan, Runda Bords, 60% fett
- Hushållsmargarin (t ex Milda, Ädel, HushållsEve)
- Lättmargarin (t ex Lätta, Becel, Lätt&Lagom, LättLätt)
- Benecol, Leva, Becel pro.aktiv
- Annat
- Vet ej
- Använder inget matfett på brödet

42. Äter ditt barn någon speciell kost?

- Nej
- Ja → Biodynamisk/ekologisk
- Vegetarisk
- Komjölkfri
- Glutenfri
- Annan

+

15

+

+

43. Äter ditt barn fisk?

 Nej → Varför? Tål inte fisk Tycker inte om fisk Annan orsak Ja → Vilken fisk äter ditt barn och hur ofta?

	1-3 gånger per månad	1-2 gånger per vecka	3-4 gånger per vecka	5-6 gånger per vecka	7 gånger eller mer per vecka
Sill, strömming, makrill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laxfiskar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torsk, sej, gädda, fiskpinnar mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaviar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rökvanor

44. Röker mamma?

 Nej Ja, dagligen i bostaden Ja, dagligen men inte inne i bostaden Ja, mera sällan

45. Hur många cigaretter, pipstopp, cigarrer eller cigarrcigaretter röker mamma per dag?

 stycken/dag

46. Röker pappa?

 Nej Ja, dagligen i bostaden Ja, dagligen men inte inne i bostaden Ja, mera sällan

+

+

+

+

+

47. Hur många cigaretter, pipstopp, cigarrer eller cigarrcigaretter röker pappa per dag?

stycken/dag

48. Röker något syskon och/eller annan person som bor i bostaden?

Nej

Ja, dagligen i bostaden

Ja, dagligen men inte inne i bostaden

Ja, mera sällan

49. Hur många cigaretter, pipstopp, cigarrer eller cigarrcigaretter röker syskon och/eller annan person per dag?

totalt/dag

50. Brukar ditt barn regelbundet (mer än 1 gång per månad) vistas i annan miljö där det förekommer tobaksrök?

Nej

Ja

Barnets hemmiljö

51. Vilken är ditt barns huvudsakliga bostad?

Föräldrarnas gemensamma bostad

Mammas bostad

Pappas bostad

Bor lika mycket hos bägge

Annan bostad

Om ditt barn bor **lika mycket** hos mamma och pappa så gäller frågorna 52-62 för den förälder som besvarar enkäten.

52. Vilken typ av bostad bor barnet i?

Flerbostadshus (lägenhet), nedervåning

Flerbostadshus (lägenhet), 1 trappa upp eller högre

Enfamiljshus (villa, radhus etc.)

+

17

+

+

53. Om enfamiljshus eller nedervåning i flerbostadshus, vilken huvudsaklig grund har huset?

- Betongplatta på mark
- Krypgrund, torpargrund
- Plintgrund
- Källare eller suterrängvåning
- Vet ej
-

+

54. När är huset byggt?

- Före 1941
- 1941 - 1960
- 1961 - 1975
- 1976 - 1985
- 1986 - 1995
- 1996 -
- Vet ej
-

+

55. 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
-

56. Är det svårt att få tvätt eller fuktiga handdukar torra i bad/duschrum vintertid (nov-mars)?

- Nej
- Ja, ibland
- Ja, ofta
-

57. Har det funnits synlig fuktskada (fläckar och dylikt) i bostaden **från 4 års ålder**?

- Nej
- Ja, i barnets rum
- Ja, i övriga lägenheten
-

58. Har det funnits synlig mögelskada/lukt i bostaden (ytlig växt i kakelfogar/på väggar i våtutrymmen och dylikt räknas ej) **från 4 års ålder**?

- Nej
- Ja, i barnets rum
- Ja, i övriga lägenheten

+

+

+

+

+

59. Vilken typ av spis har använts för matlagning från 4 års ålder?

- Elspis
 Gasspis
 Annan

60. Har ni gjort förändringar p g a misstänkt astma eller allergi hos familjemedlemmar?

- Nej
 Ja → Avstått från att skaffa pälsdjur
 Lämnat bort pälsdjur
 Slutat röka
 Skaffat luftrenare
 Bytt bostad
 Tagit bort mattor
 Våttorkat golven oftare
 Dammsugit oftare
 Annan förändring, nämligen

Djurkontakter

61. Har det funnits pälsdjur i barnets bostad från 4 års ålder?

- Nej
 Ja, finns nu
 Ja, har funnits tidigare

62. Om ja, vilket/vilka djur?

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

+

19

+

+

63. Rider ditt barn?

 Nej Ja → Sällan (mindre än 1 gång i veckan) 1 gång i veckan Ofta (mer än 1 gång i veckan)

+

64. Rider någon annan familjemedlem?

 Nej Ja → Sällan (mindre än 1 gång i veckan) 1 gång i veckan Ofta (mer än 1 gång i veckan)

+

Övriga frågor

65. Har ditt barn fått antibiotika/penicillin?

 Nej Ja → Fått antibiotika p g a: Urinvägsinfektion Lunginflammation Öroninflammation Annat, vad?Vid vilken ålder
första gången års ålder års ålder års ålder års ålder

66. Om ja, vid hur många tillfällen har ditt barn behandlats med antibiotika/penicillin?

 1-2 gånger 3-5 gånger 6-10 gånger Mer än 10 gånger

+

+

+

67. Har barnet fått ordination på Epi-Pen
(adrenalininjektion för anafylaktisk chock)?

 Nej

 Ja

+

68. Har ditt barn fått medicinsk behandling p g a
mask i tarmen?

 Nej

 Ja → Har behandlats:

1 gång

2-3 gånger

Mer än 3 gånger

För springmask

För annan mask

69. Är mamma född utanför Sverige?

 Nej

 Ja → I vilket land?

70. Är pappa född utanför Sverige?

 Nej

 Ja → I vilket land?

71. Vilken typ av skola går barnet i?

 Kommunal grundskola

 Waldorfskola

 Annan skola

72. Deltar ditt barn i någon organiserad fysisk
aktivitet eller sport (ej skolgymnastik)?

 Nej

 Ja → Mindre än 1 gång i veckan

 1-2 gånger i veckan

 3-5 gånger i veckan

 6-7 gånger i veckan

+

+

+

+

+

Frågor om barnets bostadsadresser, barnomsorg och skola

73. Har ditt barn flyttat från 4 års ålder?

Nej

Ja → 1 gång

2 gånger

3 gånger eller fler

74. Om ja, på vilka adresser har ditt barn bott från 4 års ålder?

Från år	Till år	Gatuadress	Gatunr	Kommun

75. Har ditt barn haft barnomsorg utanför hemmet från 4 års ålder?

Nej

Ja

76. Vid vilka förskolor eller dagmammor har ditt barn haft sin barnomsorg från 4 års ålder?

Från år	Till år	Förskolans namn	Gatuadress	Gatunr	Kommun

77. I vilka skolor har ditt barn gått sedan skolstarten (inklusive 6-årsverksamhet)?

Från år	Till år	Skolans namn	Gatuadress	Gatunr	Kommun

+

+

78. Vem har fyllt i formuläret?

Endast mamma

Endast pappa

Både mamma och pappa

Annan person, vem?

Plats för egna kommentarer

Var vänlig och kontrollera att alla frågor är besvarade.

Tack för hjälpen!