



Frågeformulär – barnet 6 månader

Innehåller frågor om
mammans och barnets hälsa

Var vänlig och sänd in den ifyllda enkäten i bifogat frankerat svarskuvert!

Kontaktpersoner:

Carl-Gustaf Bornehag
Docent, projektledare
carl-gustaf.bornehag@kau.se
054-700 25 40

Malin Larsson
Doktorand
malin.larsson@kau.se
054-700 25 34

Staffan Janson
Professor, barnläkare
staffan.janson@kau.se
054- 700 25 17



www.selmastudien.se



Barnets hälsa

1a. **Har Ditt barn någonsin haft besvär av pipande eller väsende andning?**

Nej.....
Ja

b. **Om Ja, vid vilka tillfällen?** (flera alternativ möjliga)

Vid förkylning.....
Vid skratt eller gråt
Vid kontakt med pälsdjur

2. **Har Ditt barn haft besvär av natthosta mer än två veckor utan att vara förkyld?**

Nej.....
Ja

3. **Har Ditt barn haft krupp (andningsbesvär med skällande hosta)?**

Nej.....
Ja

4. **Har Ditt barn torr hud?**

Nej.....
Ja

5a. **Har eller har Ditt barn haft ett rodnat utslag /eksem som kan ha kommit och gått?**

Nej.....
Ja

Om nej, gå till fråga 6.

b. **Om Ja, har det orsakat klåda eller rivningar?**

Nej.....
Ja

c. **Om Ja, hur ofta har Ditt barn vaknat på natten på grund av detta rodnade utslag/eksem?**

Aldrig
Högst en natt per vecka.....
Flera nätter per vecka.....

d. **Har detta rodnade utslag /eksem förekommit på något av följande ställen?** (flera alternativ möjliga)

	Under sista veckan	Tidigare
Hårbotten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runt ögon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Runt öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Panna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bröst, mage eller rygg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armhåla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armveck eller knäveck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utsidan av armar eller ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand- eller fotleder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Underlivet/stjärten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat ställe, ange vilket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

6. **Har Ditt barn haft vita upphöjda myggbetts- eller blåslänkande, kliande utslag som kommit och gått och som oftast försvunnit inom några dygn (sk nässelutslag)?**

Nej.....
Ja.....

7. **Har Ditt barn någon gång fått antibiotika?**

Nej.....
Ja, en gång.....
Ja, flera gånger.....

8a. **Har Ditt barn haft återkommande episoder av magknip/skrik sedan förra enkäten då barnet var två månader?**

Nej.....
Ja.....

b. **Om Ja, har Ditt barn fått Minifom eller annan behandling mot detta?**

Nej.....
Ja.....

- 9a. **Har Ditt barn fått besvär av något födoämne?**
 Nej.....
 Ja
- b. **Om Ja, ange vilket eller vilka födoämnen Ditt barn fått besvär av?** _____

- c. **Ange vilket eller vilka besvär:** _____

10. **Har Ditt barn fått diagnosen komjölsallergi av läkare?**
 Nej.....
 Ja

11. **Har Ditt barn fått annan födoämnesallergi diagnostiserad av läkare?**
 Nej.....
 Ja

Amning/Kost

- 12a. **Ammar Du Ditt barn?**
 Nej.....
 Ja, delvis
 Ja, enbart.....
- b. **Om Du har slutat amma, hur gammalt var Ditt barn då?**
 Antal månader _____

13. **Får barnet föda via flaska av plast?**
 Nej.....
 Ja, sällan
 Ja, dagligen.....
14. **Har Du börjat ge Ditt barn smakportioner?**
 Nej.....
 Ja, vid _____ månaders ålder
15. **Har Du börjat ge Ditt barn välling, gröt eller puréer som måltid?**
 Nej.....
 Ja, vid _____ månaders ålder

Mammans hälsa

16. **Hur bedömer Du Din allmänna hälsa?**
 Mycket bra
 Ganska bra
 Varken bra eller dålig
 Ganska dålig.....
 Mycket dålig.....
17. **Hur bedömer Du Din sömnkvalitet?**
 Mycket bra
 Ganska bra
 Varken bra eller dålig
 Ganska dålig.....
 Mycket dålig.....
18. **Hur väl stämmer nedanstående påståenden med din nuvarande livssituation?**
 (1=stämmer inte alls, 2=stämmer inte särskilt bra, 3=stämmer ganska bra, 4=stämmer helt och hållet)
- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Jag koncentrerar mig och tar ett steg i taget när jag hanterar påfrestningar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag ägnar den tid jag behöver åt vila och avkoppling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag prioriterar återhämtning i mitt dagliga liv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag kan "ladda batterierna" lätt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jag kan lätt mobilisera extra krafter när jag behöver det | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Övrigt

19. **Vem har fyllt i enkäten?**
 Mamma
 Pappa.....
 Båda
20. **Egna kommentarer:**

