



## Frågeformulär – barnet 1 år

Innehåller frågor om  
hälsa och bostad

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](http://www.selmastudien.se)



Var vänlig och fyll i följande information för mamma och barn

Barnets förnamn:

---

Barnets efternamn

---

Barnets personnummer:

20  -

Mammans förnamn:

---

Mammans efternamn:

---

Adress:

---

Postnr:

Ort:

---

Mammans personnummer:

19  -

Det kan finnas behov av att kontakta Er. Får vi lov att kontakta Er via e-post?

*(Om Du redan har fyllt i Din e-post i föregående enkät behöver Du inte göra det igen, om den inte har ändrats.)*

Nej

Ja, e-post nedan:

---

---

Ange datum för ifyllande av enkäten:

---

## Familjen och livsstil

Kan Ni inte svara på en fråga så hoppar Ni över den.

### 1. Vad har Ni för familjesituation?

- Sammanboende .....   
Ensamstående .....   
Annat familjesituation .....

#### Husdjur

### 2a. Har Ni husdjur i Er nuvarande bostad?

- Nej .....   
Ja .....

### b. Om Ja, vad?

- Katt .....   
Hund .....   
Gnagare (kanin, hamster, marsvin m.fl.) .....   
Annat pälsdjur .....   
Fågel .....   
Akvariefiskar, reptiler etc .....

### 3. Har Ni gjort Er av med pälsdjur på grund av allergi?

- Nej .....   
Ja .....

### 4. Har Ni avstått från att skaffa pälsdjur på grund av allergi?

- Nej .....   
Ja .....

#### Tobak

### 5a. Röker någon i familjen?

- Nej, ingen .....   
Ja, mamma .....  Dagligen  Ibland  
Ja, pappa .....   
Ja, annan .....

### b. Om Ja, var förekommer tobaksrökning i bostaden? (flera alternativ möjliga)

- Ute på balkong/uteplats .....   
Under köksfläkt .....   
I de flesta rum .....

### 6. Snusar någon i familjen?

- Nej .....   
Ja, mamma .....   
Ja, pappa .....

## Barnets bostad

De flesta frågorna i detta avsnitt avser barnets huvudsakliga bostad, dvs där barnet bor den största delen av tiden.

Med barnets rum menas det rum där barnet huvudsakligen sover.

### 7. I vilken typ av bostad bor barnet?

- Fristående villa (småhus) .....   
Radhus eller kedjehus .....   
Lägenhet i flerbostadshus .....   
Annat .....

### 8. Var är barnets bostad belägen?

- Innerstadsområde/stadskärna .....   
Annat tätbebyggt område .....   
Landsbygd nära trafikerad väg .....   
Landsbygd långt ifrån trafikerad väg .....

### 9a. Bor barnet på gård/fastighet där djurhållning bedrivs? (T ex kor, grisar, hästar mm)

- Nej .....   
Ja .....

### b. Om Ja, vilka djur har Ni på denna gård/ fastighet?

.....  
.....

### 10. Kan Ni uppskatta boytans storlek?

Antal m<sup>2</sup> .....

### 11. Kan Ni ungefärligt ange bostadens byggnadsår?

Vilket år .....

12. När flyttade Ni in i Er nuvarande bostad?

Vilket år \_\_\_\_\_

---

13. På vilket våningsplan finns bostadens olika rum?  
(endast för småhus/radhus)

	Föräldrarnas rum	Barnets rum
Källarplan/souterräng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Markplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En trappa upp eller högre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

14. Äger Ni bostaden?

- Ja, som eget ägande.....   
Ja, som bostadsrätt .....   
Nej, vi hyr den.....
- 

15. Hur är huset grundlagt?  
(endast för småhus/radhus)

- Betongplatta på mark.....   
Torpargrund/krypgrund .....   
Källare (med bostadsrum) .....   
Källare (utan bostadsrum) .....   
Souterräng .....   
Vet ej.....
- 

16. Vilken typ av golvbeläggning finns i bostaden? (sätt ett kryss i lämplig ruta för föräldrarnas och barnets sovrum samt kök)

	Föräldrarnas sovrum	Barnets rum	Kök
Linoleum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plastmatta /PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trä/parkett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laminat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinker/sten/kakel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heltäckningsmatta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kork-o-plast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat/vet ej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

17. Vilka ytskikt finns på väggarna i barnets rum?  
(flera alternativ är möjliga)

- Papperstapet.....   
Textil/vävtapet .....   
Målad glasfiberväv .....   
Målad skiva eller målad tapet .....   
Träpanel .....   
Annat .....
- 

18. Vilka ytskikt finns på väggarna i föräldrarnas sovrum?  
(flera alternativ är möjliga)

- Papperstapet.....   
Textil/vävtapet .....   
Målad glasfiberväv .....   
Målad skiva eller målad tapet .....   
Träpanel .....   
Annat .....
- 

19. I vilket rum brukar barnet sova den största tiden?  
(ange endast ett alternativ)

- Eget rum.....   
Delar sovrum med syskon.....   
Föräldrarnas sovrum.....   
Går mellan olika rum .....
- 

20. Hur ofta dammsuger eller sopar Ni golvet i barnets rum?

- Varje dag .....   
Ca 2 gånger/vecka .....   
1 gång/vecka .....   
Varannan vecka.....   
1 gång/månad .....   
Mer sällan.....
- 

21. Hur ofta våttorkar Ni golvet i barnets rum?

- Varje dag .....   
Ca 2 gånger/vecka .....   
1 gång/vecka .....   
Varannan vecka.....   
1 gång/månad .....   
Mer sällan.....
- 

22. Har Ni ändrat Era städvanor på grund av allergi i familjen?

- Nej.....   
Ja.....
- 

23. Bor barnet mer än 10 dagar per månad i annan bostad?

- Nej.....   
Ja.....
-

## Värme och ventilation

24. **Vilken typ av ventilationssystem finns i bostaden?** (flera alternativ möjliga)
- Självdagsventilation utan köksfläkt.....
- Självdagsventilation med köksfläkt.....
- Central fläkt som suger ut luft ur bostaden (frånluftssystem).....
- Central fläkt som både suger ut luft och tillför ny luft (till- och frånluftssystem).....
- En extra liten fläkt (t.ex. PAX-fläkt) i badrum som inte går hela tiden.....
- Vet ej.....
- 
25. **Hur ventileras barnets rum?** (flera alternativ möjliga)
- Ventil i ytterväggen.....
- Vädringsfönster.....
- Spaltventil i fönsterkarm.....
- Frånluftsdon (fläkt) som suger ut luft.....
- Frånluftsdon (självdagssystem).....
- Tilluftsdon som blåser in luft.....
- Inget av ovanstående.....
- Vet ej.....
- 
26. **Hur ventileras föräldrarnas sovrum?** (flera alternativ möjliga)
- Ventil i ytterväggen.....
- Vädringsfönster.....
- Spaltventil i fönsterkarm.....
- Frånluftsdon (fläkt) som suger ut luft.....
- Frånluftsdon (självdagssystem).....
- Tilluftsdon som blåser in luft.....
- Inget av ovanstående.....
- Vet ej.....
- 
- 27a. **Vilken typ av anläggning används för uppvärmning av bostaden?** (flera alternativ möjliga. Ange vad som är huvudkälla)
- |                           | Ja                       | Huvudkälla               |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fjärrvärme                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Berg- eller jordvärmepump | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Direktverkande el         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Luftvärmepump             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frånluftsvärmepump        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Braskamin/kakelugn        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Värmepanna                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- b. **Om värmepanna används, ange typ av bränsle?** (flera alternativ möjliga)
- Olja.....
- El.....
- Ved.....
- Pellets.....
- Annat.....
- 
28. **Vilken typ av värmeelement finns huvudsakligen i bostaden?**
- El-element.....
- Oljefyllda element.....
- Vattenfyllda element.....
- Golvvärme (i större delen av huset).....
- Luftvärme.....
- Annat.....
- Vet ej.....
- 
29. **Förekommer vedeldning i köksspis/kökspanna, öppen spis eller braskamin/kakelugn i bostaden?** (OBS ej vedpanna i pannrum)
- Nej.....
- Ja.....
- 
30. **Om Ni har braskamin/kakelugn eller öppen spis, hur ofta eldar Ni under vinterhalvåret?**
- Dagligen.....
- Flera gånger per vecka.....
- En gång per vecka.....
- Mera sällan.....
- 
31. **Finns det hushåll som har ved som huvudbränsle för uppvärmning inom ett avstånd av ca 100 meter från Din/Er bostad?**
- Nej.....
- Ja, antal.....
-

**Eventuella fuktproblem i bostaden**

32a. **Har bostaden genomgått någon större ombyggnad eller tillbyggnad under de senaste 12 månaderna?**

Nej .....   
 Ja .....   
 Vet ej .....

b. **Om Ja, berodde ombyggnaden på fukt- och mögelproblem i bostaden?**

Nej .....   
 Ja .....   
 Vet ej .....

33a. **Har golvbeläggningen bytts ut i något av följande rum sedan barnet föddes?**

	Nej	Ja
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. **Om Ja, berodde detta på fukt- och mögelproblem i bostaden?**

Nej .....   
 Ja .....   
 Vet ej .....

34. **Finns det synligt mögel på golv, väggar eller tak i något av följande rum?**

	Nej	Ja	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. **Finns det synliga fuktfläckar på golv, väggar eller tak i något av följande rum?**

	Nej	Ja	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. **Finns det misstänkta fukt- och mögelproblem i golv, väggar eller tak som inte syns invändigt? (ej källare)**

Nej .....   
 Ja .....   
 Vet ej .....

37. **Finns det missfärgade/svartade golv av parkett eller kork-o-plast i bostaden? (ej källare)**

Nej .....   
 Ja .....   
 Vet ej .....

38. **Finns det lossnande, bubblande eller missfärgade golvmattor (t ex plastmatta eller linoleum) i något av följande rum? (ej källare)**

	Nej	Ja	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. **Har det förekommit översvämning eller andra typer av vattenskador i följande rum? (ej källare)**

	Nej	Ja, tidigare	Ja, det senaste året	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kök eller annat rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Badrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. **Förekommer det vintertid kondens eller imma nedtill på insidan av fönsterrutor i följande rum?**

	Nej aldrig	Ja, mindre än 5 cm	Ja, 5-2,5 cm	Ja, mer, än 2,5 cm	Vet ej
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41a. **Om bostaden har källare, finns det där synligt mögel, fuktfläckar eller lossnande, bubblande golvmattor? (gäller endast småhus/radhus)**

Nej .....   
 Ja .....   
 Vet ej .....

b. **Om bostaden har källare, har där förekommit översvämning eller andra typer av vattenskador? (gäller endast småhus/radhus)**

Nej .....   
 Ja, tidigare .....   
 Ja, det senaste året .....   
 Vet ej .....

### Eventuell lukt i bostaden

42. Har Du under de senaste 3 månaderna känt Dig besvärad av någon eller några av följande lukter i Din bostad? (ej källare)

	Nej aldrig	Ja, ibland	Ja, ofta (varje vecka)
Instängd "dålig" luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stickande lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögellukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Jordkällare"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobaksrök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torr luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Om det finns en källare, har Du under de senaste 3 månaderna känt någon eller några av följande lukter där?

	Nej aldrig	Ja, ibland	Ja, ofta (varje vecka)
Instängd "dålig" luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obehaglig lukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mögellukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
"Jordkällare"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Målning

44a. Har något av följande rum målats om sedan barnet föddes?

	Nej	Ja
Barnets rum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldrarnas sovrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vardagsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Större del av bostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Om Ja, vad målade Ni om och med vilken typ av färg?

	Vatten baserad färg	Lösnings- medels- baserad färg
Väggar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barnsäng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andra möbler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Om Ja, deltog mamman under graviditeten i målningsarbetet eller vistades i det rummet/de rummen som målades om?

	Deltagit	Vistats i rummet
Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Familjens hälsa

### Astma och allergi

45a. Har Ni astma eller allergiska besvär i familjen?

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

b. Om Ja, mamma:

	Nej	Ja	Använder medicin
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c. Om Ja, pappa:

	Nej	Ja	Använder medicin
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d. Om Ja, hel- eller halvsyskon:

	Nej	Ja	Använder medicin
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hösnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Har Ni någon födoämnesöverkänslighet i familjen?

	Nej	Ja
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hel- eller halvsyskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Brukar någon av följande personer hosta utan att vara förkyld?

	Nej	Ja
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hel- eller halvsyskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Hur många förkylningar har Ni haft det senaste året?

	Ingen förkylning	1-2	3-4	5 eller fler	Vet ej
Mamma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pappa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Barnets hälsa**

49a. **Har Ditt barn någonsin haft besvär av pipande eller väsande andning?**

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

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

Vid förkylning .....   
Vid ansträngning .....   
Vid skratt eller gråt .....   
Vid lek eller utomhusvistelse .....   
Vid kontakt med pälsdjur .....

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

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

51. **Har Ditt barn fått diagnosen astma av läkare?**

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

52a. **Har Ditt barn ordinerats att ta medicin regelbundet för lufttrörsbesvär?**

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

b. **Om Ja, vad heter medicinen/medicinerna?**

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

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

54. **Har Ditt barn fått diagnosen lunginflammation av läkare?**

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

55. **Har Ditt barn någonsin haft nysningar, rinnsnuva eller nästäppa utan att ha varit förkyld?**

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

56. **Har Ditt barn någonsin haft nysningar, rinnsnuva eller nästäppa eller röda kliande ögon efter kontakt med pälsdjur?**

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

57. **Har Ditt barn fått diagnosen allergisk snuva ställd av läkare?**

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

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

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

59a. **Har eller har Ditt barn haft ett rodnat utslag/eksem som kan ha kommit och gått?**

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

*Om Nej, gå till fråga 60.*

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 rodnande 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"/>
.....		



60. **Har Ditt barn fått behandling med hudsalva eller kräm?** (flera alternativ möjliga)

- Nej .....   
Ja, mjukgörande .....   
Ja, kortison .....

61. **Har Ditt barn fått diagnosen eksem av läkare?**

- Nej .....   
Ja .....

62. **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 .....

63. **Har Ditt barn fått diagnosen nässelutslag av läkare?**

- Nej .....   
Ja .....

64a. **Har Ditt barn reagerat på mat eller dryck?**

- Nej .....   
Ja .....

*Om Nej, gå till fråga 66.*

b. **Om Ja, vilket eller vilka födoämnen får Ditt barn besvär av, och efter hur lång tid reagerade barnet?** (flera alternativ möjliga)

	Aldrig fått det	Nej, det går bra	Reagerar på, efter antal minuter
Mjolk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ min
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ min
Ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ min
Nötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ min
Jordnötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ min
Ärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ min
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ min
Mjöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ min
Äpple/Päron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ min
Annat, nämligen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ____ min

c. **Om Ja, ange vilket eller vilka besvär Ditt barn fått av mat eller dryck?** (flera alternativ möjliga)

- Kräkningar och/eller diarréer .....   
Eksem .....   
Nässelutslag .....   
Klåda runt ögonen och/eller snuva .....   
Läpp- och/eller ögonsvullnad .....   
Astma .....   
Annat nämligen \_\_\_\_\_ ..

65. **Har Ditt barn fått diagnosen födoämnesallergi av läkare?**

- Nej .....   
Ja .....

66. **Har Ditt barn haft återkommande diarréer eller långvariga diarréepisoder?** (ej magsjuka)

- Nej .....   
Ja .....

67. **Har Ditt barn haft återkommande episoder av magknip/skrik efter 6 månaders ålder?**

- Nej .....   
Ja .....

68. **Hur många förkylningar har Ditt barn haft under sitt första år?**

- Mindre än 6 förkylningar .....   
6-10 förkylningar .....   
Mer än 10 förkylningar .....

69. **Har Ditt barn någon gång haft öroninflammation?**

- Nej .....   
Ja, 1-2 gånger .....   
Ja, 3-5 gånger .....   
Ja, mer än 5 gånger .....

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

- Nej .....   
Ja .....

**Amning/Kost**

71. **Ammar Du Ditt barn?**

- Nej .....   
Ja .....
- 

72. **Om Du har slutat amma, hur många månader var Ditt barn då?**

Antal månader \_\_\_\_\_

---

73. **När började Du ge Ditt barn frukt- eller grönsakspuréer?**

Vid \_\_\_\_\_ månaders ålder

---

74. **När började Du ge Ditt barn välling eller gröt som måltid?**

Vid \_\_\_\_\_ månaders ålder

---

**Mammans hälsa**

75. **Hur bedömer Du Din allmänna hälsa?**

- Mycket bra .....   
Ganska bra .....   
Varken bra eller dålig.....   
Ganska dålig .....   
Mycket dålig .....
- 

76. **Hur bedömer Du Din sömnkvalitet?**

- Mycket bra .....   
Ganska bra .....   
Varken bra eller dålig.....   
Ganska dålig .....   
Mycket dålig .....
- 

77. **Kan Du uppskatta Ditt fysiska välbefinnande under det senaste året?**

- Mycket bra .....   
Ganska bra .....   
Varken bra eller dålig .....   
Ganska dålig .....   
Mycket dålig .....
- 

78. **Har Du eller har Du haft besvär med något av följande under det senaste året? (flera alternativ möjliga)**

- |  | Nej                      | Ja                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| värk i nacke, axlar, skuldror                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| huvudvärk                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| koncentrations- och/ eller minnessvårigheter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ängslan, oro, ångest                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| nedstämdhet                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 

79. **Vem har fyllt i enkäten?**

- Mamma .....   
Pappa.....   
Båda .....
- 

80. **Egna kommentarer:**

---

---

---

---

---

---