

Frågeformulär 3 månader

Fyll i frågeformuläret inför besöket hos studiesköterskan. Om det är något som är oklart, går vi igenom det med Er vid besöket. Ange datum för när Ni fyllde i uppgifterna.

Datum:

Del 1.

1. Ammas Ert barn fullt?

- ja
 nej

Om barnet ammas delvis:

Ange antal helt ammade mål per dygn _____

Ange antal delvis ammade mål per dygn _____

Barnet har inte ammats sedan _____veckors ålder

2. Får Ert barn annan föda än bröstmjölk?

- ja
 nej

Om ni svarat "NEJ", gå direkt till fråga 3.

Barnet fick annan föda än bröstmjölk från _____ veckors ålder.

Ange vad. Specificera smakportioner, bröstmjölksersättning etc

3. Fråga till mamma: Om Du ammar, är det någon mat Du själv inte äter, eller äter mindre av?

ja nej

Om Ni svarat "NEJ", gå direkt till DEL 2.

Om ja, ange nedan vilket/vilka livsmedel det gäller

Äter inte: _____ helt delvis

Varför?

Tycker inte om det	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Vill bara inte ha det	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Barnet har problem med magen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Barnet får utslag i huden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej

Annat _____

Äter inte: _____ helt delvis

Varför?

Tycker inte om det.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Vill bara inte ha det	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Barnet har problem med magen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Barnet får utslag i huden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej

Annat _____

Äter inte _____ helt delvis

Varför?

Tycker inte om det.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Vill bara inte ha det	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Barnet har problem med magen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej
Barnet får utslag i huden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nej

Annat _____

Del 2.

1. Har Ert barn någonsin haft ett *kliande utslag*?

ja

nej

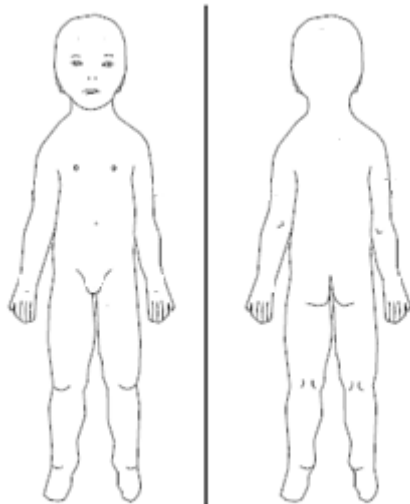
Om Ni svarat "NEJ" gå direkt till fråga 10.

2. Har detta kliande utslag vid något tillfälle förekommit på något av följande ställen: *kinder, baka, bals, hårbotten, bålen, armar eller ben*?

ja

nej

Om Ni svarat "JA", vänligen markera utslaget på bilden.



3. Vid vilken ålder sågs utslagen första gången?

före 1 månads ålder

mellan 1 och 2 månaders ålder

mellan 2 och 3 månaders ålder

4. Vad utlöste dessa utslag?

infektion

födoämne, vad? _____

sol

kyla

annat, vad? _____

vet ej

5. Har dessa utslag utlösts av något av följande vid minst 2 tillfällen?

pälsdjur: katt hund häst annat: _____

födoämnen: ägg mjölk
 soja vete råg banan

annat: _____

Nej, inget av ovanstående

6. Har detta utslag försvunnit helt vid något tillfälle under de senaste 3 månaderna?

ja

nej

7. Under de senaste 3 månaderna, hur ofta, i genomsnitt, har detta kliande utslag hållit Ert barn vakat nattetid?

aldrig under de senaste 3 månaderna

inte så ofta som en natt/vecka

en eller flera nätter per vecka

8. Om Ert barn har eller har haft utslag, har Ni kontaktat studiesjuksköterskan?

ja

nej

9. Behandlas Ert barn med hudkrämer på grund av eksem?

ja, mjukgörande kräm som heter _____

ja, cortisonkräm som heter _____

nej

10. Har Ert barn någonsin fått diagnosen eksem av läkare?

ja

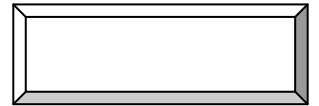
nej

Om ja, får vi skicka efter journalkopior?

ja

Vilken vårdcentral/ klinik och/ eller mottagning har ni besökt?

nej

Del 3.

1. Har Ert barn haft nässelutslag (1-10cm stora, rodnade, kliande, lätt upphöjda, myggbettsliknade prickar som flyttar på sig under dagen).

ja

nej

Om Ni svarat "NEJ" gå direkt till Del 4 i detta frågeformulär.

2. Vad utlöste dessa utslag?

infektion

födoämne

sol

kyla

Annat, vad? _____

3. Har dessa nässelutslag utlösts av något av följande vid minst 2 tillfällen?

pälsdjur: katt hund häst annat: _____

födoämnen: ägg mjölk
 annat: _____

Nej, inget av ovanstående

4. Om barnet har eller har haft nässelutslag, har Ni kontaktat studiesjuksköterskan?

ja

nej

Del 4.

1. Har Ert barn haft väsande, pipande eller visslande andningsljud i bröstet?

ja

nej

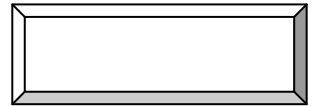
Om Ni svarat "NEJ" gå direkt till fråga 6.

2. Hur många episoder med andningsbesvär enligt ovan har Ert barn haft?

1 – 2 episoder

3 - 4 episoder

fler än 4 episoder



3. Vad utlöste dessa episoder med andningsbesvär?

- infektion*
- födoämne, vad?* _____
- kyla*
- annat, vad?* _____
- vet ej*

4. Har dessa episoder med andningsbesvär utlösts av något av följande vid minst 2 tillfällen?

- pälsdjur:* katt hund häst annat: _____
- födoämnen:* ägg mjölk jordnöt hasselnöt mandel
 soja vete råg banan äpple
 annat: _____

Nej, inget av ovanstående

5. Om Ert barn haft fler än 2 episoder av andningsbesvär, har Ni kontaktat studiesjuksköterskan?

- ja*
- nej*

6. Har Ert barn någonsin fått diagnosen astma av en läkare?

- ja*
- nej*

Om ja, får vi skicka efter journalkopior?

- ja*

Vilken vårdcentral/ klinik och/ eller mottagning har ni besökt?

 nej

Del 5.

1. Har Ert barn haft diarré? (lös, vattnig, rinnande avföring)?

- ja*
- nej*

Om ”JA”, hur många dagar? _____

2. Har Ert barn ofta kräkningar? (mer än spottningar efter mat)

- ja*
- nej*

Om ni svarat ”JA”, hur ofta? _____

3. Har Ert barn ofta ont i magen?

ja

nej

Om ni svarat ”JA”, hur ofta? _____

4. Om ni svarat ”JA”, på någon av ovanstående, har besvären (diarré, kräkningar, magknip) kommit i samband med något särskilt?

ja

Om ni svarat ”JA”, vad?

infektion

födoämne, vad? _____

Annat, vad? _____

nej

5. Har dessa magbesvär utlösts av något av följande vid minst 2 tillfällen?

födoämnen: ägg mjölk jordnöt hasselnöt mandel
 soja vete råg banan äpple

annat: _____

Nej, inget av ovanstående

6. Skriker Ert barn mer än 3 timmar per dag mer än 2 dagar i veckan?

ja

nej

Om ni svarat ”JA”, skriker barnet i samband med något särskilt?

ja

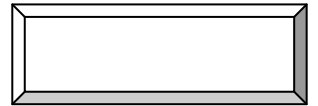
Ange i så fall vad _____

nej

7. Har Ert barn behandlats med antibiotika under den senaste månaden?

ja

Läkemedelsnamn? _____



Hur gammalt var barnet då det behandlades med antibiotika?

nej _____

8. Äter Ert barn probiotika, d.v.s. kosttillskott, drycker eller yoghurt som innehåller bakterier som anses vara hälsobefrämjande?

ja. Namn? _____

Hur ofta? varje dag varje vecka varje månad

nej

9. Äter Ert barn tillskott av omega-3-fetter som innehåller fetter som anses vara hälsobefrämjande?

ja. Namn? _____

Hur ofta? varje dag varje vecka varje månad

nej

Del 6.

1. Hur många personer bor i Ert hushåll? _____

2. Har Ni pälsdjur inomhus i hemmet?

ja Vilket djur? _____

nej

3. Röker någon i hemmet?

ja

nej

4. Familjemedlem röker, men inte i hemmet.

ja

nej

Del 7.

1. Har Ditt barn undersökts av läkare annat än vid rutinkontroll?

ja

nej

Om "JA"

För vilket/vilka besvär: _____

Var sökte Ni vård? _____

Får vi läsa journalhandlingarna? ja nej

För att rätt kunna bedöma navelsträngsblodprovet som togs vid födseln behöver vi uppgifter ur BB-journalen och förlossningsjournal, t. e.x. barnets APGAR-poäng, om mamma fick någon medicin i samband med förlossningen, förlossningssätt, o.s.v.

2. Får vi läsa BB- och förlossningsjournalen? ja nej

3. Får vi läsa BVC-journalen? ja nej

4. Förlöstes Ert barn med kejsarsnitt? ja nej

Till sist.....

1. Använder barnet napp? ja nej

2. Vi vilken ålder började barnet med napp? _____

3. Om nappen ramlar på golvet, hur rengör du nappen?

- inte alls*
- rengör med vatten*
- suger rent det själv*
- både och*

MÅLSMANS UNDERSKRIFT _____

Tack för dina svar!