

Frågeformulär 6 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 bröstmjök?

- ja
 nej

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

Barnet fick annan föda än bröstmjök vid _____veckors ålder.

Ange vad. Specificera smakportioner, bröstmjölksersättning, välling 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* som kommit och gått?

- ja
 nej

Om Ni svarat "NEJ" gå direkt till fråga 11.

2. Har Ert barn haft detta *kliande utslag* någon gång under de senaste 3 månaderna?

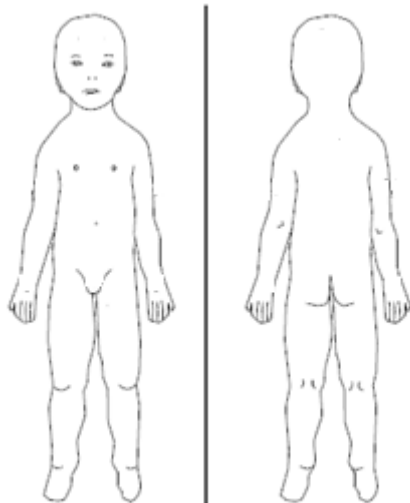
- ja
 nej

Om Ni svarat "NEJ" gå direkt till fråga 11.

1. 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 eksemet på bilden.



2. Vid vilken ålder sågs utslagen första gången?

- före 3 månaders ålder
 mellan 3 och 4 månaders ålder
 mellan 4 och 5 månaders ålder
 mellan 5 och 6 månaders ålder

3. Vad utlöste dessa utslag?

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

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

- pälsdjur:* *katt* *hund* *häst* *annat:* _____

- födoämnen:* *ägg* *mjölk* *jordnöt*
 soja *vete* *råg*
- annat:* _____
- kvalster*
- Nej, inget av ovanstående*

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

- ja*
- nej*

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

- aldrig under de senaste 3 månaderna*
- inte så ofta som en natt/vecka*
- en eller flera nätter per vecka*

7. Om barnet har eller har haft utslag, har Ni kontaktat studiesjuksköterskan?

- ja*
- nej*

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

- ja, mjukgörande kräm som heter* _____
- ja, cortisonkräm som heter* _____
- nej*

9. 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 gått på?

nej

Del 3.

1. Har Ert barn någonsin 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. Har Ert barn haft dessa nässelutslag någon gång under de senaste 3 månaderna?

ja

nej

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

3. Vad utlöste dessa utslag?

infektion

födoämne

sol

kyla

Annat, vad? _____

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

pälsdjur: katt hund häst annat: _____

födoämnen: ägg mjölk jordnöt
 soja vete råg banan äpple

annat: _____

kvalster

latex

Nej, inget av ovanstående

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

- ja
 nej

Del 4.

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

- ja
 nej

Om Ni svarat ”NEJ” gå direkt till fråga 7.

2. Har Ert barn haft väsande, pipande eller visslande andningsljud i bröstet någon gång under de senaste 3 månaderna?

- ja
 nej

Om Ni svarat ”NEJ” gå direkt till fråga 7.

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

- 1 – 2 episoder
 3-4 episoder
 fler än 4 episoder

4. Vad utlöste dessa episoder med andningsbesvär?

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

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

pälsdjur: katt hund häst annat: _____
 pollen: björk gräs hassel gråbo al

annat: _____

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

annat: _____

kvalster

Nej, inget av ovanstående

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

ja

nej

7. 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 Ditt barn haft diarré under de senaste 3 månaderna? (lös, vattnig, rinnande avföring)? ja
 nej

Om "JA", hur många dagar? _____

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

ja

nej

Om ni svarat ”JA”, hur ofta? _____

3. Har Ditt 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
 soja vete råg banan äpple

- annat: _____

- Nej, inget av ovanstående

6. Skriker ditt 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*

MÅLSMANS UNDERSKRIFT _____

Tack för Era svar!