



5. Har någon mat gett barnet besvär?

- ja  
 nej

Om, Ja, vilken mat? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vilken typ av besvär? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. 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 får 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 får 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 får 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 6 månaderna?

- ja  
 nej

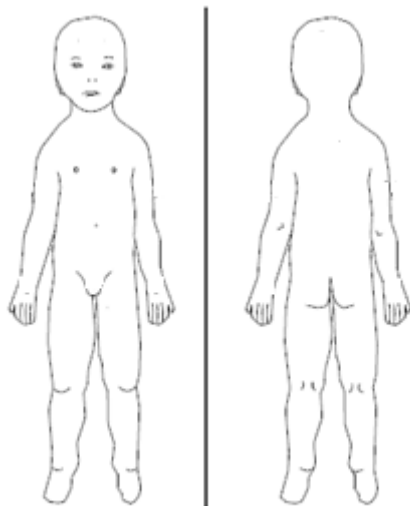
**Om Ni svarat "NEJ" gå direkt till fråga 11.**

---

3. Har detta kliande utslag vid något tillfälle förekommit på något av följande ställen: *armveck, knäveck, fotleder, på lårens baksidor eller på halsen, kring ögonen eller öronen*?

- ja  
 nej

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



4. Vid vilken ålder sågs utslagen första gången?

- före 6 månaders ålder  
 mellan 6 och 9 månaders ålder  
 mellan 9 och 12 månaders ålder

5. Vad utlöste dessa utslag?

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

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

- pälsdjur:*     katt     hund     häst     annat: \_\_\_\_\_
- pollen:*     björk     gräs     hassel     gråbo     al
  
- annat:* \_\_\_\_\_
- mögel*
- födoämnen:*     ägg     mjölk     jordnöt     hasselnöt     mandel
- soja     vete     råg     banan     äpple
  
- annat:* \_\_\_\_\_
- kvalster*
- latex*
- Nej, inget av ovanstående*

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

- ja*
- nej*

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

- aldrig under de senaste 6 månaderna*
- inte så ofta som en natt/vecka*
- en eller flera nätter per vecka*

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

- ja*
- nej*

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

- ja, mjukgörande kräm som heter* \_\_\_\_\_
- ja, cortisonkräm som heter* \_\_\_\_\_
- nej*

11. 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 6 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: \_\_\_\_\_  
 pollen:     björk     gräs     hassel     gråbo     al  
 annat: \_\_\_\_\_  
 mögel  
 födoämnen:     ägg     mjölk     jordnöt     hasselnöt     mandel  
 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 8.**

---

2. Har Ert barn haft väsande, pipande eller visslande andningsljud i bröstet någon gång under de senaste 6 månaderna?

ja

nej

**Om Ni svarat "NEJ" gå direkt till fråga 8.**

---

3. Hur många episoder med andningsbesvär enligt ovan har Ert barn haft under de senaste 6 månaderna?

1 – 3 episoder

4- 12 episoder

fler än 12 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: \_\_\_\_\_

mögel

födoämnen:     ägg     mjölk     jordnöt     hasselnöt     mandel

soja     vete     råg     banan     äpple

annat: \_\_\_\_\_

kvalster

- latex*  
 *Nej, inget av ovanstående*

6. Under de senaste 6 månaderna hur ofta har, i genomsnitt, Ert barns sömn störts av andningsbesvär enligt ovan?

- aldrig vaknat med besvär*  
 *mindre än en natt/vecka*  
 *en – flera nätter/vecka*

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

- ja*  
 *nej*

8. 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.

Alla frågor nedan gäller besvär som Ert barn har när barnet inte är förkyllt.

1. Har Ert barn någonsin varit besvärad av *nysningar, rinnsnuva* eller *nästäppa utan* att ha varit förkyllt?

- ja*  
 *nej*

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

---

2. Har Ert barn under de senaste 12 månaderna varit besvärad av *nysningar, rinnsnuva* eller *nästäppa utan* att ha varit förkyllt?

- ja*  
 *nej*

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

---

3. Har under de senaste 12 månaderna dessa näsbesvär åtföljts av *kliande, rinnande ögon*?

- ja*  
 *nej*

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

pälsdjur:     katt     hund     häst     annat: \_\_\_\_\_

pollen:     björk     gräs     hassel     gråbo     al

annat: \_\_\_\_\_

mögel

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

annat: \_\_\_\_\_

kvalster

Nej, inget av ovanstående

5. I vilken/vilka månader hade Ert barn näsbesvär (sätt "x" i lämpliga rutor)?

<input type="checkbox"/> januari	<input type="checkbox"/> maj	<input type="checkbox"/> september
<input type="checkbox"/> februari	<input type="checkbox"/> juni	<input type="checkbox"/> oktober
<input type="checkbox"/> mars	<input type="checkbox"/> juli	<input type="checkbox"/> november
<input type="checkbox"/> april	<input type="checkbox"/> augusti	<input type="checkbox"/> december

6. Under de senaste 12 månaderna, hur mycket påverkade näsbesvären Ert barns dagliga aktiviteter?

inte alls  
 något litet  
 måttligt  
 ganska mycket

---

7. Har Ert barn någonsin fått diagnosen "hösnuva" av en läkare?

ja  
 nej

Om ja, får vi skicka efter journalkopior?

ja

Vilken vårdcentral/ klinik och/ eller mottagning sökte ni vård?

\_\_\_\_\_

nej

---



Del 6.

1. Har Ditt barn haft diarré under de senaste 6 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  hasselnöt  mandel

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 7.

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
5. Har Ert barn börjat på dagis?  
 ja, vid \_\_\_\_ månaders ålder  
 nej
6. Har Ert barn börjat hos dagmamma?  
 ja, vid \_\_\_\_ månaders ålder  
 nej

---

Del 8.

---

1. Har Ert 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!