

## Frågeformulär 24 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. Har Ert barn någonsin haft ett *kliande utslag* som kommit och gått?  
 ja  
 nej

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

---

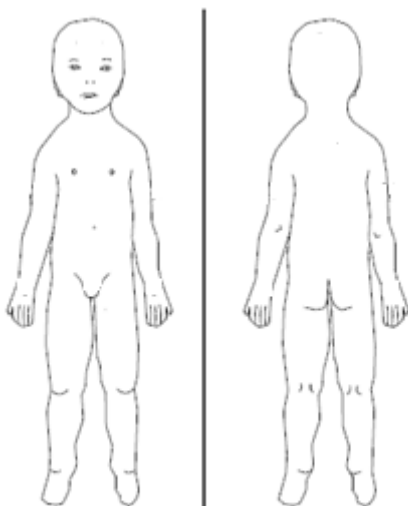
2. Har Ert barn haft detta *kliande utslag* någon gång under de senaste 12 månaderna?  
 ja  
 nej

**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
- före 12 månaders ålder
- mellan 12 och 18 månaders ålder
- efter 18 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?

- |  |                                       |                                       |                                  |                                       |                                 |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> pälsdjur:                 | <input type="checkbox"/> katt         | <input type="checkbox"/> hund         | <input type="checkbox"/> häst    | <input type="checkbox"/> annat: _____ |                                 |
| <input type="checkbox"/> pollen:                   | <input type="checkbox"/> björk        | <input type="checkbox"/> gräs         | <input type="checkbox"/> hassel  | <input type="checkbox"/> gråbo        | <input type="checkbox"/> al     |
|  | <input type="checkbox"/> annat: _____ |                                       |                                  |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> mögel                     |                                       |                                       |                                  |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> födoämnen:                | <input type="checkbox"/> ägg          | <input type="checkbox"/> mjölk        | <input type="checkbox"/> jordnöt | <input type="checkbox"/> hasselnöt    | <input type="checkbox"/> mandel |
|  | <input type="checkbox"/> soja         | <input type="checkbox"/> vete         | <input type="checkbox"/> råg     | <input type="checkbox"/> banan        |                                 |
|  | <input type="checkbox"/> äpple        | <input type="checkbox"/> annat: _____ |                                  |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> kvalster                  |                                       |                                       |                                  |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> latex                     |                                       |                                       |                                  |                                       |                                 |
| <input type="checkbox"/> Nej, inget av ovanstående |                                       |                                       |                                  |                                       |                                 |

7. Har detta utslag försvunnit helt vid något tillfälle under de senaste 12 månaderna?

- ja
- nej

8. Under de senaste 12 månaderna, hur ofta, i genomsnitt, har detta kliande utslag hållit Ert barn vakat nattetid?

- aldrig under de senaste 12 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

Får vi skicka efter journalkopior?

ja

*Vilken vårdcentral/ klinik och/ eller mottagning har ni gått på?*

---

nej

---

## Del 2.

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 3 i detta frågeformulär.**

---

2. Har Ert barn haft dessa nässelutslag någon gång under de senaste 12 månaderna?

ja

nej

**Om Ni svarat "NEJ" gå direkt till Del 3 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 3.

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

ja

nej

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

---

2. Har Ert barn haft väsande, pipande eller visslande andningsljud i bröstet någon gång under de senaste 12 månaderna?

ja

nej

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

---

3. Hur många episoder med andningsbesvär enligt ovan har Ert barn haft under de senaste 12 månaderna?

1 – 3 episoder

4- 12 episoder

fler än 12 episoder

4. Under de senaste 12 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

5. Under de senaste 12 månaderna har Ert barns andningsbesvär någon gång varit så svår att det endast kunna säga ett - två ord mellan andetagen?

ja

nej

6. Har Ert barn någonsin haft astma?

ja

nej

7. Under de senaste 12 månaderna har Ert barn haft pip i bröstet eller väsande andning under eller efter ansträngning?

- ja  
 nej

8. Under de senaste 12 månaderna har Ert barn haft nattlig torrhosta utan att ha varit förkylt eller haft en luftrörskatarr eller lunginflammation?

- ja  
 nej

9. Har andningsbesvär, som det har beskrivits i ovanstående frågor, utlösts av något av följande?

- 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

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

- ja  
 nej

11. 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 4.

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 6.

---

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 6.

---

3. a/ Har under de senaste 12 månaderna dessa näsbesvär åtföljts av *kliande, rinnande ögon*?
- ja  
 nej

b/ 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

4. 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

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

- Inte alls*  
 *något litet*  
 *måttligt*  
 *ganska mycket*
- 

6. 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 5.

1. Har Ert barn haft diarré under de senaste 3 månaderna? (lös, vattnig, rinnande avföring)?  *ja*

- nej*

Om "JA", hur många dagar? \_\_\_\_\_

2. Har Ert barn ofta kräkningar?

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

ja

Läkemedelsnamn? \_\_\_\_\_

Hur gammalt var barnet då det behandlades med antibiotika?

\_\_\_\_\_

nej

7. 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

8. 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*
  
  5. Har Ert barn börjat på dagis under de senaste 12 månaderna?  
 *ja, vid \_\_\_\_\_ månaders ålder*  
 *nej*
  
  6. Har Ert barn börjat hos dagmamma under de senaste 12 månaderna?  
 *ja, vid \_\_\_\_\_ månaders ålder*  
 *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*

**Frågeformulär i PROOM-3 studien**  
**24-månader**

**Randomiseringsnummer:**

Barn och ungdomssjukhuset i Linköping, IKE/ avd f kvinnors och barns hälsa, LiU  
Angereds Närsjukhus, Göteborgs Universitet.  
Karel Duchén/Farhad Vahedi/Göran Wenneregren / Maria Jenmalm

---

2. Har Ert barn tagit alla vaccinationer enligt det svenska vaccinationsprogrammet?

ja

nej

Om nej, vilken vaccination saknas? \_\_\_\_\_

MÅLSMANS UNDERSKRIFT \_\_\_\_\_

Tack för dina svar!