

--

Inklusionsformulär PROOM-3

För telefonintervju vid första kontakten

Datum:

1. Familjemedlemmar:

Mor (namn, födelseår).....

Far (namn, födelseår)

Helsyskon (namn, födelseår).....

.....

Halvsyskon moderns sida (namn, födelseår).....

.....

Halvsyskon faderns sida (namn, födelseår).....

.....

2. Vilka allergiska symtom eller sjukdomar har, eller har ni haft, i familjen?

(Eksem, rinit, konjunktivit, astma, urtikaria, födoämnesöverkänslighet)

Namn	Födelse år	Symtom nu eller tidigare	Symtom	Allergen

3. Är du positiv till att försöka amma ditt barn i minst tre månader?

Ja (....)

Nej (....)

4. Hur långt har din graviditet framskridit nu?

(skall börja med kapslar i v 20)

v.....+.....

--

När är v20?

5. Är du allergisk mot fisk?
(fiskallergiker exkluderas)

Ja (....) Nej (....)

6. Äter du kosttillskott eller andra produkter som innehåller omega-3-fettsyror?
(ex. Pikasol Forte, Eskimo-3, BioMarin)

Ja (....) Nej (....)

Vilken sort?

.....

Hur länge har du ätit det?

.....

Vi ber att du slutar ta detta kosttillskott under den tid som du deltar i studien. OK

7. Äter du kosttillskott eller andra produkter som innehåller laktobaciller (mjölksyrebakterier)?
(ex. ProViva)

Ja (....) Nej (....)

Vilken sort?

.....

Hur länge har du ätit det?

.....

Vi ber att du slutar ta detta kosttillskott under den tid som du deltar i studien. OK

- Familjen har rätt att avbryta sitt deltagande när den vill utan att ange skäl.
- Om barnet väger mindre än 1500 g vid födelsen eller är allvarligt sjukt kommer det inte längre att kunna fortsätta delta i studien.

Är denna familj villig att delta i studien?

Ja (....) Nej (....)

Uppfyller familjen inklusionskriterierna?
(se fråga 1-7)

Ja (....) Nej (....)

Moderns namn.....

Adress.....

Tel nr.....

Institutionen för klinisk och experimentell medicin, Hälsouniversitetet i Linköping
Barn och ungdomskliniken och Allergicentrum, Universitetssjukhuset, Linköping
Angereds Närsjukhus, Göteborgs Universitet.
Karel Duchén/ Lennart Nilsson/ Thomas Abrahamsson/Kristina Warstedt/ Maria Jenmalm

Randomiseringsnummer:

e-mail:

Aktuell MVC

Får vi lov att titta i MVC-journalen om det skulle behövas?

Ja (....)

Nej (....)

TID för besök i v 18-20 för utdelning av kapslar och droppar.....

KOST-formulär skickas hem

(....) gjort