

1-6	<b>INOMHUSKLIMAT</b> Daghems-/Förskolemiljö (Besvaras av förälder)	<b>MM 075 NA B</b>	Barnets namn (frivillig uppgift)
		Datum år    mån    dag  _ _ _ _ _ _ _ _ _	Daghem/Förskola (viktig uppgift)
7-16	Indelning  _ _ _ _ _ _ _ _  Grupp  _ _ _ _ _ _ _ _  Ifylles av handläggaren		Avdelning (viktig uppgift)
			Enkätifyllare (frivillig uppgift)

Med det här formuläret försöker vi få fram uppgifter som hjälper oss att bedöma barnens hälsoläge och daghems- eller förskolemiljö.

### BAKGRUNDSFAKTORER

17-20	Barnets födelseår  _ _ _ _ _ _ _ _	Födelsemånad (01=januari, 02=februari o s v)	_ _ _
21	Kön      pojke <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> flicka <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>		
22-23	Hur gammalt var barnet när det började på daghem eller hos dagmamma första gången?		_ _ _  mån
24-25	Hur länge har barnet vistats på detta daghem/denna förskola?	Sedan år	_ _ _ _ _ _ _
26-27	Hur länge vistas barnet normalt på detta daghem/denna förskola?		_ _ _  tim/vecka

### DAGHEMS-/FÖRSKOLEMILJÖN

Hur uppfattar Du Ditt barns daghems-/förskolemiljö i stort vara vad gäller:	Mycket bra (1)	Bra (2)	Acceptabel (3)	Dålig (4)	Mycket dålig (5)
28 - temperaturförhållandena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 - luftkvaliteten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 - belysningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31 - bullerförhållandena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32 - utrymmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33 - städning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ALLERGISKA SJUKDOMAR

	Ja (1)	Nej (2)	Om JA, under senaste året?	
			Ja (1)	Nej (2)
34-35 Har Ditt barn haft eller har det astmatiska besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36-37 Har Ditt barn haft eller har det hösnuva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-39 Har Ditt barn haft eller har det eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Har barnets mamma någon allergisk sjukdom (astma, hösnuva, eksem)?			Ja (1)	Nej (2)
41 Har barnets pappa någon allergisk sjukdom (astma, hösnuva, eksem)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75-80        Andersson K, Stridh G. Strategi för bättre luft i skolan - enkäter, inspektion och mätningar. Ur Skolan - en arbetsmiljö för alla? Arbetarskyddsstyrelsen, H192, 1992.

Arbets- och miljömedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro, 9501/K Andersson ©/IF. e-post [inger.fagerlund@orebroll.se](mailto:inger.fagerlund@orebroll.se)

V.g. vänd ➡

## NUVARANDE BESVÄR

Har Ditt barn under de **senaste 3 månaderna** haft något/några av nedanstående besvär/symtom? (Besvara varje fråga även om barnet inte haft några besvär/symtom!)

Om **JA**, tror Du att detta beror på barnets daghems-/förskolemiljö?

	Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	Ja (1)	Nej (2)
1-2 Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6 Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-8 Klåda, sveda, irritation i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9-10 Irriterad, täppt eller rinnande näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11-12 Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13-14 Torr eller rodnad hud i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15-16 Fjällning/klåda i hårbotten/öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17-18 Torr, kliande, rodnad hud på händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19-20 Annat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BESVÄR SENASTE ÅRET

Har Ditt barn **det senaste året**

Om **JA**, sökt läkare härför?

	Ja (1)	Nej (2)	Ja (1)	Nej (2)
21-22 besvärats av pipande, ansträngd andning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23-24 besvärats av långdragna hostperioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-26 besvärats av upprepade förkylningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 fått flera antibiotikakurer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

## HEMFÖRHÅLLANDEN

28 Bostadstyp:	villa, radhus	<input type="checkbox"/>	1	lägenhet	<input type="checkbox"/>	2		
29 Byggnadsår:	före 1960	<input type="checkbox"/>	1	senare	<input type="checkbox"/>	2	vet ej	<input type="checkbox"/>
30 Uppvärmning:	elvärme	<input type="checkbox"/>	1	annat	<input type="checkbox"/>	2	vet ej	<input type="checkbox"/>
31 Ventilation:	självdraagsvent	<input type="checkbox"/>	1	mekanisk vent	<input type="checkbox"/>	2	vet ej	<input type="checkbox"/>
32	Finns heltäckningsmatta i barnets rum?	<input type="checkbox"/>		Ja (1)	<input type="checkbox"/>		Nej (2)	<input type="checkbox"/>
33	Finns pälsdjur eller fåglar i hemmet?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
34	Är någon i familjen rökare?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
35	Röker någon i familjen <b>hemma inomhus</b> ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
36	Finns tecken på fukt/mögelskador?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
37	Förekommer imma regelbundet på fönstren vintertid?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
38	Finns någon starkt trafikerad gata inom 200 m från bostaden?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
39-40	Hur många personer bor stadigvarande i huset/lägenheten (inkl barnet)?	____  personer						

### KOMPLETTERANDE UPPGIFTER

- 1 Är barnet fött i Sverige? ja <sub>1</sub> nej <sub>2</sub>
- 2-3 Om **Nej**, vid vilken ålder kom barnet hit? |\_\_\_\_\_| år
- 4-5 Hur många syskon har barnet? |\_\_\_\_\_| syskon
- 6 Har barnet något äldre syskon? ja <sub>1</sub> nej <sub>2</sub>

### YTTERLIGARE SYNPUNKTER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**TACK FÖR HJÄLPEN!**