

1-6	INOMHUSKLIMAT Årskurs 0-6 Besvaras av förälder	MM 080 NA Sp11 B Datum år mån dag _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Barnets namn (frivillig uppgift)
			Skola (viktig uppgift)
7-16	Indelning _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Grupp _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <small>Ifylles av handläggaren</small>		Klass (viktig uppgift)

Med det här formuläret försöker vi få fram uppgifter som hjälper oss att bedöma barnens hälsoläge och skolmiljö.

BAKGRUNDSFAKTORER

17-22	Barnets födelseår _ _ _ _ _ _	födelsemånad _ _ _ _ (01=januari, 02=februari o s v)
23	Kön pojke <input type="checkbox"/> ₁ flicka <input type="checkbox"/> ₂	
24-27	Hur länge har barnet vistats i denna skola?	Sedan år _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
28	Är barnet på fritidshem efter skolan?	Ja <input type="checkbox"/> ₁ Nej <input type="checkbox"/> ₂

SKOLMILJÖN

	Mycket bra (1)	Bra (2)	Accep- tabel (3)	Dålig (4)	Mycket dålig (5)	Vet ej (6)
29	Hur uppfattar Du Ditt barns skolmiljö i stort vara vad gäller:					
	- temperaturförhållandena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	- luftkvaliteten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	- belysningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	- bullerförhållandena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	- utrymmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	- 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)
35-36	Har Ditt barn haft eller har det astmatiska besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37-38	Har Ditt barn haft eller har det hösnuva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39-40	Har Ditt barn haft eller har det eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41-42	Har Ditt barn haft eller har det födoämnesallergi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Har barnets mamma någon allergisk sjukdom (astma, hösnuva, eksem)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Har barnets pappa någon allergisk sjukdom (astma, hösnuva, eksem)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75-80

Arbets- och miljömedicinska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro, 701 85 Örebro.
Version 9903 K Andersson©/IF. e-post inger.fager.und@orebro.se, hemsida www.orebro.se/amm.

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 skolmiljö?

	Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	Ja (1)	Nej (2)	Vet ej (3)
1-2 Trötthet	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
5-6 Sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
11-12 Hosta	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
19-20 Ont i magen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21-22 Annat	<input type="checkbox"/>	<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)
23-24 - besvärats av pipande, ansträngd andning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25-26 - besvärats av långdragna hostperioder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27-28 - besvärats av upprepade förkylningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 - fått flera antibiotikakurer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

HEMFÖRHÅLLANDEN

30 Bostadstyp:	villa, radhus <input type="checkbox"/> ₁	lägenhet <input type="checkbox"/> ₂	
31 Byggnadsår:	före 1960 <input type="checkbox"/> ₁	senare <input type="checkbox"/> ₂	vet ej <input type="checkbox"/> ₃
32 Uppvärmning:	elvärm <input type="checkbox"/> ₁	annat <input type="checkbox"/> ₂	vet ej <input type="checkbox"/> ₃
33 Ventilation:	självdraagsvent <input type="checkbox"/> ₁	mekanisk vent <input type="checkbox"/> ₂	vet ej <input type="checkbox"/> ₃
34 Finns heltäckningsmatta i barnets rum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35 Finns pälsdjur eller fåglar i hemmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36 Är någon i familjen rökare?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37 Röker någon i familjen hemma inomhus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38 Finns tecken på fukt/mögelskador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39 Förekommer imma regelbundet på fönstren vintertid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40 Finns någon starkt trafikerad gata inom 200 m från bostaden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
41-42 Hur många personer bor stadigvarande i huset/lägenheten (inkl barnet)?	_____ personer		

OM MATEN

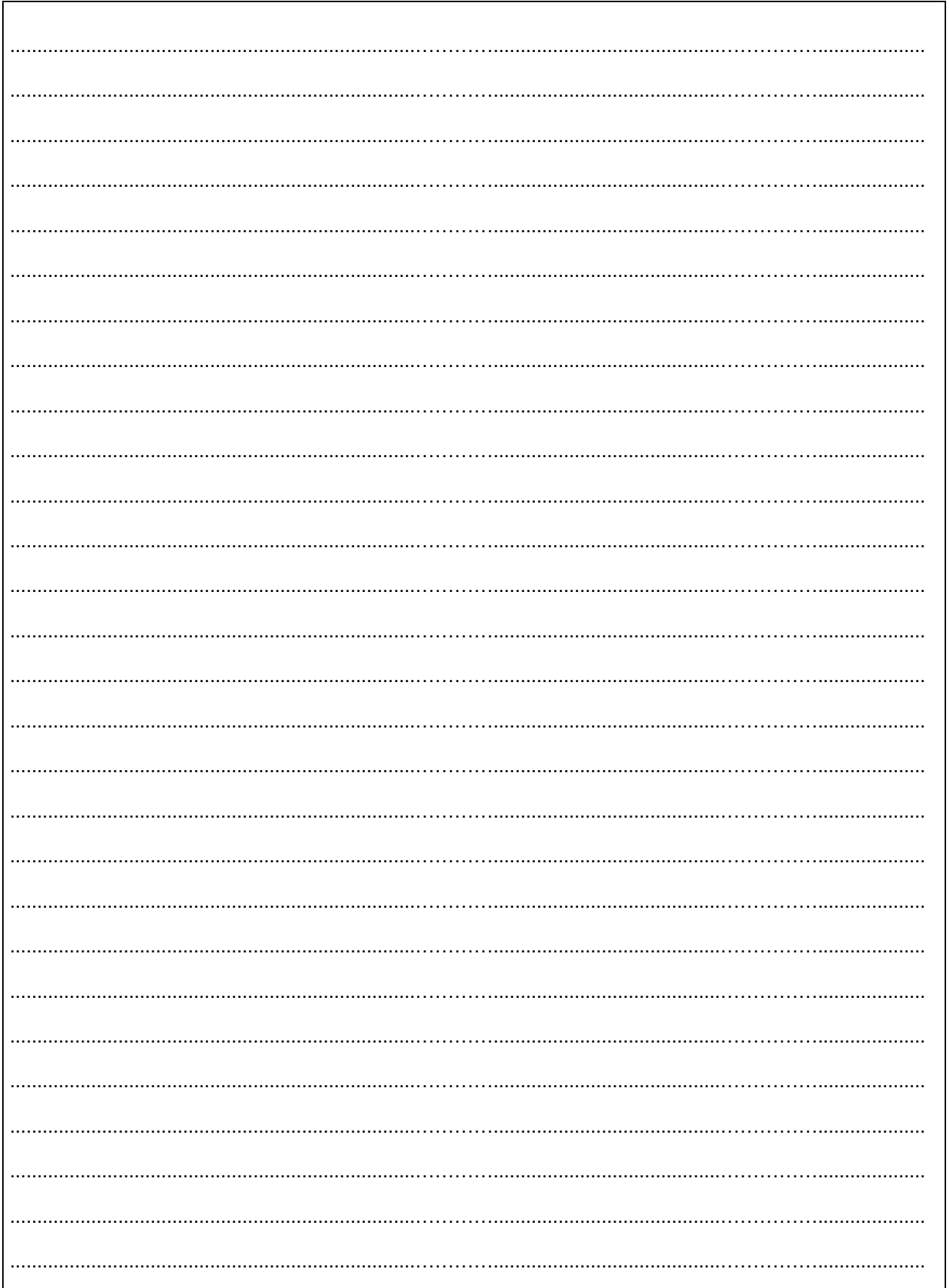
	Alltid (1)	Nästan alltid (2)	1-3 ggr per vecka (3)	Aldrig (4)	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Är Du orolig för att Ditt barn inte får tillräckligt med energi och näring via skolmaten?			Ja (1) <input type="checkbox"/>	Nej (2) <input type="checkbox"/>
7	Är Du orolig för att Ditt barn äter för mycket snacks och godis under skoltiden?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMPLETTERANDE UPPGIFTER

8	Är barnet fött i Sverige?	ja <input type="checkbox"/> ₁	nej <input type="checkbox"/> ₂
9-10	Om Nej , vid vilken ålder kom barnet hit?	_____ år	
11-12	Hur många syskon har barnet?	_____ syskon	
13	Har barnet något äldre syskon?	ja <input type="checkbox"/> ₁	nej <input type="checkbox"/> ₂

För ytterligare synpunkter finns plats på baksidan.

YTTERLIGARE SYNPUNKTER



Tack för hjälpen!