

+

+

Namn: _____

Telefon: _____

Hälsa och mediciner

Här följer några frågor om Din hälsa och om mediciner som Du kanske har använt. Många av frågorna handlar om vikt. Vi vet att det kan vara svårt att minnas hur mycket man har vägt tidigare eftersom både vikt och kroppsform ändras under livet, men vi ber Dig ändå att göra ett försök. Det är viktigt för resultaten att så många som möjligt svarar.

1. Hur lång är Du?

				cm
--	--	--	--	----

2. Hur mycket har Du vägt?

Ange Din vikt i kg vid respektive ålder. Markera hur mycket Du vägde innan Du blev gravid (senaste gången) fram till nuvarande ålder.

Innan du

blev

gravid

20 år

25 år

30 år

35 år

40 år

								kg
--	--	--	--	--	--	--	--	----

3. Vilken bild motsvarar bäst hur Du såg ut innan Du blev gravid respektive vid 20, 25, 30, 35 och 40 års ålder? Sätt kryss i rutan under den figur som stämmer bäst.

**Innan Du
blev gravid**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vid 20 års ålder

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vid 25 års ålder

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vid 30 års ålder

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vid 35 års ålder

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Vid 40 års ålder

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

+

+

+

+

4. Har Din vikt ändrats under de senaste två åren (innan Du blev gravid)?

Bortse från viktuppgång i samband med graviditeter.

- Ja, jag vägde **mer**, ungefär kg mer än för två år sedan
- Ja, jag vägde **mindre**, ungefär kg mindre än för två år sedan
- Nej, jag vägde ungefär lika mycket innan jag blev gravid som för två år sedan

5. Vilken var Din ungefärliga födelsevikt?

Om Du vet Din födelsevikt exakt, ange den här

 gram

eller sätt kryss i den ruta som stämmer bäst:

- Mindre än 2,5 kg
- Mellan 2,5 och 3,0 kg
- Mellan 3,0 och 3,5 kg
- Mellan 3,5 och 4,0 kg
- Mer än 4,0 kg
- Vet ej

6. Har Du haft för vana att väga Dig regelbundet?

- Ja
- Nej

7. Vilken har varit Din "normala" vikt (vikt under största delen av Ditt vuxna liv, d.v.s. sedan 20 års ålder och framåt)?

Bortse från viktförändringar i samband med graviditeter.

 kg

8. Hur mycket har Du vägt som mest i vuxen ålder (d.v.s. sedan 20 års ålder och framåt)?

 kg vid års ålder Vet ej

9. Hur mycket har Du vägt som minst i vuxen ålder (d.v.s. sedan 20 års ålder och framåt)?

 kg vid års ålder Vet ej

10. Har Du sedan 20 års ålder gått ner 5 kg eller mer i vikt utan att banta?

- Ja ⇒ om Du svarat ja, ange antal gånger gånger
- Nej
- Vet ej

+

+

11. Har Du sedan 20 års ålder gått upp 5 kg eller mer i vikt under mindre än två år?

- Ja ⇒ om Du svarat ja ange antal gånger gånger
 Nej
 Vet ej

12. Har Du någonsin bantat?

- Ja
 Nej ⇒ om Du svarat nej gå till **fråga 16**

13. Hur många gånger har Du bantat och gått ner i vikt 5 kg eller mer?

gånger

14. Vilka bantningsmetoder/preparat har Du använt?

Sätt kryss för alla bantningsmetoder/preparat Du har använt sammanlagt i minst 1 vecka.

Kost

- Jag åt mindre, men fortsatte att äta samma slags mat som förut
 Jag slutade enbart att äta godis, kakor etc.
 Jag gjorde små ändringar, bytte till lättmjölk, lättmargarin etc.
 Jag gick med i Viktväktarna eller följde Viktväktarnas program
 En diet i stort sett utan bröd, pasta, ris och potatis (t.ex. Flygvärdinnedieten eller Scarsdalemetoden)

Bantningspreparat/pulver

- Receptbelagt bantningsmedel (t.ex. Xenical)
 Bantningspulver (t.ex. Meritene, Nutrilett)
 Annat bantningspreparat (t.ex. bantningste eller annat preparat från hälsokosthandeln)
vilket/vilka? _____

Motion

- Promenader
 Jogging
 Gymnastik (gymping, aerobics)
 Redskapsträning
 Annat, **vad?** _____

Övrigt

- Fasta (t. ex. på hälsohem eller hemma)
 Laxermedel
 Vätskedrivande (urindrivande) preparat, s.k. diuretika
 Kirurgiskt ingrepp
 Annat, **vad?** _____
 Jag har inte använt någon speciell bantningsmetod

Frågor om läkemedel

15. Har Du regelbundet använt något läkemedel för att gå ned i vikt eller hålla Dig pigg?

Ange varje gång Du använt något läkemedel som kan användas för att gå ner i vikt, sätta ner aptiten eller hålla sig pigg. Ange för varje period läkemedlets namn, hur gammal Du var när Du började använda läkemedlet och under hur lång tid Du använt det sammanlagt samt hur mycket Du brukade ta.

<u>Vilket läkemedel?</u>	<u>När?</u>	<u>Hur länge?</u>			<u>Hur mycket?</u>
		År	Mån	Veckor	
Läkemedlets namn	Din ålder				Tabletter eller kapslar/vecka
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Frågor om sjukdomar och diagnoser

16. Har Du behandlats av läkare för högt blodtryck under minst ett år?

- Ja ⇒ om ja, ange första gången år 19

 Nej

 Vet ej

17. Har Du någon gång fått besked av läkare att Du har diabetes (sockersjuka)?

- Ja ⇒ om ja, ange första gången år 19

 Nej ⇒ om Du svarat nej, gå till **fråga 19**

 Vet ej ⇒ om Du svarat vet ej, gå till **fråga 19**

18. Hur har Du behandlats för Din diabetes (sockersjuka)?

Ange ett eller flera alternativ

- Jag har fått insulin

 Jag har fått tabletter

 Jag har behandlats enbart genom att hålla diet

 Jag har inte fått någon behandling

19. Har Du någonsin behandlats av läkare för hyperthyreos, d.v.s. ökad sköldkörtelfunktion, (s.k. giftstruma)?

- Ja ⇒ om ja, ange första gången år 19

 Nej

 Vet ej

20. Har Du någonsin behandlats av läkare för hypothyreos, d.v.s. nedsatt sköldkörtelfunktion (s.k. myxödem)?

- Ja ⇒ om ja, ange första gången år 19
- Nej
- Vet ej

21. Har Du eller har Du haft cancer?

- Ja ⇒ om ja, gå till fråga 22
- Nej

22. Vilken typ av cancer har eller har Du haft?

Diagnos	Behandling	Upptäckt år
<input type="checkbox"/> Bröstcancer	_____	_____
<input type="checkbox"/> Livmodercancer	_____	_____
<input type="checkbox"/> Äggstockscancer	_____	_____
<input type="checkbox"/> Mag/tarmcancer	_____	_____
<input type="checkbox"/> Malignt melanom	_____	_____
<input type="checkbox"/> Annan: _____	_____	_____

23. Har du sökt läkare p g a onaturlig sekretion/utsöndring från bröstet?

- Ja ⇒ om ja, gå till fråga 24
- Nej

24. Diagnos **Behandling** **År**

_____	_____	_____
_____	_____	_____

25. Har någon av Dina närmaste släktingar drabbats av bröstcancer?

- Ja ⇒ om ja, gå till fråga 26
- Nej
- Vet ej

26. Vilka av Dina (biologiska) släktingar har/har haft bröstcancer?

Menstruation, graviditeter och födslar

Frågor om menstruation

27. Hur gammal var Du då Du fick Din första menstruation?

 år

Minns ej

28. Har Du genomgått någon gynekologisk operation?

om ja, vilken? _____

Frågor om graviditeter och födslar

29. Har Du varit gravid tidigare?

Ja ⇒ om Du svarat ja, ange antal gånger gånger

Nej ⇒ om Du svarat nej, gå till **fråga 37**

30. Har Du fött barn?

Ja ⇒ om ja, ange antal gånger gånger

Nej ⇒ om Du svarat nej gå till **fråga 32**

31. Om ja, ange födelseår för alla barn Du fött.

<u>Barn</u>	<u>Födelseår</u>		<u>Födelseår</u>
1	19 <input type="text"/>	5	19 <input type="text"/>
2	19 <input type="text"/>	6	19 <input type="text"/>
3	19 <input type="text"/>	7	19 <input type="text"/>
4	19 <input type="text"/>	8	19 <input type="text"/>

32. Har Du haft någon graviditet som varat mindre än sex månader?

Ja

Nej ⇒ om Du svarat nej gå till **fråga 34**

33. Av vilken anledning avbröts graviditeten? Ange alla tillfällen.

<input type="checkbox"/> Utomkvedshavandeskap	19	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Missfall eller abort	19	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>	19	<input type="text"/>

34. Har Du någonsin haft högt blodtryck i samband med graviditeten/graviditeterna?

Ja gånger
 Nej

35. Hur mycket gick Du upp i vikt under graviditeten?

Ange exakt viktökning om Du kan, kryssa annars för det alternativ som stämmer bäst.
 Gäller samtliga graviditeter, även de som varat mindre än sex månader.

<u>Graviditet</u>	<u>Exakt</u> Viktökning	<u>Om Du inte kan ange exakt vikt, ange det som stämmer bäst</u>				
		mindre än 10 kg	10-15 kg	16-20 kg	mer än 20 kg	minns ej
1	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="text"/> kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Hur mycket vägde Du ett år efter avslutad graviditet?

Hur mycket vägde Du 1 år efter avslutad graviditet, jämfört med innan Du blev gravid.
 Kryssa för det alternativ som stämmer bäst. Gäller samtliga graviditeter, även de som varat mindre än sex månader.

<u>Graviditet</u>	<u>Vikt ett år efter avslutad graviditet</u>					
	<u>Som innan</u>	<u>Mer än innan</u>			<u>Mindre än innan</u>	<u>Minns ej</u>
		1-5 kg	6-10 kg	mer än 10 kg		
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om p-piller, p-spruta eller p-stavar

37. Har Du någonsin använt p-piller?

- Ja , jag började använda p-piller år 19
- Nej \Rightarrow om nej gå till **fråga 40**
- Vet ej \Rightarrow om vet ej gå till **fråga 40**

38. Om ja, vilken typ av p-piller?

- Minipiller Ja Nej Vet ej
 ”Kombinerade” Ja Nej Vet ej

<u>Vilka p-piller?</u>	<u>När?</u>	<u>Hur länge?</u>		
		År	Mån	Veckor
Märkesnamn	Din ålder			
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

39. Under hur lång tid har Du sammanlagt använt p-piller?

år *och/eller* månader

40. Har Du någonsin använt p-spruta eller p-stavar?

- Ja , jag började använda p-spruta eller p-stavar år 19
- Nej \Rightarrow om nej gå till **fråga 42**
- Vet ej \Rightarrow om vet ej gå till **fråga 42**

41. Under hur lång tid har Du sammanlagt använt p-spruta eller p-stavar?

år *och/eller* månader

Mat och dryck

Frågor om Dina kostvanor. Ange Din normala konsumtion, som den var innan du blev gravid.

42. Vilken typ av mjölk brukar Du vanligen använda (t.ex. som dryck, till gröt, kräm eller kaffe) och hur mycket per dag eller per vecka?

Ange endast i en av kolumnerna (1 glas = ca 2 dl).

Lättmjölk, minimjölk	<input type="text"/>	glas/dag	eller	<input type="text"/>	glas/vecka
Mellanmjölk	<input type="text"/>	"	eller	<input type="text"/>	"
Standardmjölk	<input type="text"/>	"	eller	<input type="text"/>	"
Filmjölk, yoghurt, kefir	<input type="text"/>	"	eller	<input type="text"/>	"
Lättfil, lättyoghurt	<input type="text"/>	"	eller	<input type="text"/>	"

Jag dricker eller äter sällan/aldrig mjölk

43. Vilken typ av bröd brukar Du äta och hur många skivor per dag eller per vecka?

Ange endast i en av kolumnerna.

Knäckebröd	<input type="text"/>	skivor/dag	eller	<input type="text"/>	skivor/vecka
Vitt bröd, franska	<input type="text"/>	"	eller	<input type="text"/>	"
Grovt, fullkorns	<input type="text"/>	"	eller	<input type="text"/>	"
Limpa	<input type="text"/>	"	eller	<input type="text"/>	"

Jag äter sällan/aldrig bröd

44. Hur många smörgåsar med smör eller margarin brukar Du äta per dag eller per vecka? Ange endast i en av kolumnerna.

skivor/dag eller skivor/vecka

Jag använder inget matfett på smörgåsar ⇒ gå till fråga 47

45. Hur brukar Du vanligen bre Dina smörgåsar?

- Tjockt lager fett
 "Normalt" lager
 Tunt lager

Ange Din genomsnittliga konsumtion som den var innan Du blev gravid.

46. Vilken/vilka typ(er) av matfett brukar Du använda till smörgåsar?

- Smör
 Bregott
 Smörgåsmargarin (t.ex. Flora, Bords Eve)
 Lättmargarin (t.ex. Lätta, Lätt & Lagom, Det Goda)
 Hushållsmargarin (t.ex. Milda, TreEss)

47. Vilken typ av ost brukar Du använda (på smörgås, i matlagning o d) och hur mycket per dag, vecka eller månad? Ange endast i en av kolumnerna.(1 dl = ca 7 matskedar)

	Skivor/matskedar per		
	dag	vecka	månad
Ost, 24% fett el. mer	<input type="text"/>	eller <input type="text"/>	eller <input type="text"/>
Mager ost, 17 % fett el. mindre	<input type="text"/>	eller <input type="text"/>	eller <input type="text"/>
Dessertost	<input type="text"/>	eller <input type="text"/>	eller <input type="text"/>
Mjukost	<input type="text"/>	eller <input type="text"/>	eller <input type="text"/>
Keso, kvarg	<input type="text"/>	eller <input type="text"/>	eller <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Jag äter sällan eller aldrig ost			

48. Vilken typ av matfett brukar Du använda till matlagning?

- Smör
 Bregott
 Olivolja
 Rapsolja
 Matolja
 Hushållsmargarin (t.ex. Milda, TreEss)
 Smörgåsmargarin (t.ex. Flora, Bords Eve)
 Lättmargarin (t.ex. Lätta, Lätt & Lagom, DetGoda)
 Flytande margarin (t.ex. Nyttä, Milda)
 Jag använder inget matfett till matlagning

49. Hur mycket socker eller honung brukar Du ta till kaffe, te, gröt, fil, pannkaka, på smörgås eller frukt sammanlagt per dag eller per vecka.

- teskedar/bitar per dag eller teskedar/bitar per vecka
 Jag äter sällan eller aldrig socker/honung

50. Hur många koppar kaffe brukade Du dricka per dag eller per vecka? (1 kopp=1,5 dl)

- koppar per dag eller koppar/vecka Jag dricker sällan eller aldrig kaffe

51. Hur många koppar te brukar Du dricka per dag eller per vecka? (1 kopp=2,5 dl)

- koppar per dag eller koppar/vecka Jag dricker sällan eller aldrig te

+

+

52. Hur ofta och hur mycket äter Du i genomsnitt av följande livsmedel?

Sätt ett kryss i två lämpliga rutor på varje rad: "Hur ofta" och "Hur mycket".

Om Du "Aldrig/sällan" äter av ett livsmedel behöver Du inte ange "Hur mycket"

Mindre än 1 gång per månad, d.v.s. mindre än 12 gånger per år räknas som "Aldrig/sällan"

LIVSMEDEL, MATRÄTTER	HUR OFTA?									HUR MYCKET?			
	Aldrig/ sällan	mån 1-3	Gånger per vecka				dag			Medel- portion	Mängd Portionsstorlekar		
			1	2	3-4	5-6	1	2	3+		Liten	Medel	Stor
<i>Exempel: Flingor/müsli</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRÖT, VÄLLING PASTA													
Havregrynsgröt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,5 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan gröt/välling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,5 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flingor/müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tagliatelle/tortellini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,5 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spagetti, makaroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,5 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pannkakor/plättar/våfflor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 pannk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vete- eller havrekli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 msk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POTATIS, ROTFRUKTER													
Kokt potatis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stekt potatis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pommes frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 st/dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kålrötter/rödbetor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KÖTT, FISK, ÄGG													
Korv (stekt/grillad/kokt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Griskött (ej färs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöt/kalvkött (ej färs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viltkött (ej färs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Köttfärsrätter (köttbullar m m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyckling/annan fågel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever/njure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leverpastej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 skiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kött- eller korvpålägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 skiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpudding/blodpalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sill/strömming/makrill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lax/sik/röding m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torsk/gädda/fiskpinnar m m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaviar, t.ex. Kalles kaviar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 msk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rom/kaviar (sik-, löjrom o d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 msk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaldjur (räkor, kräftor o d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ägg, omelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feta såser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0,5 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Var snäll och kontrollera att Du kryssat i två rutor på varje rad ("hur ofta" + "hur mycket")

Om Du "Aldrig/sällan" äter av ett livsmedel behöver Du inte ange "Hur mycket"

+

+

LIVSMEDEL, MATRÄTTER	HUR OFTA? Gånger per									HUR MYCKET? Mängd								
	Aldrig/ sällan	mån 1-3	vecka				dag			Medel- portion	Portionsstorlekar							
			1	2	3-4	5-6	1	2	3+		Liten	Medel	Stor					
GRÖNSAKER																		
Vitkål/rödkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Blomkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Broccoli/brysselkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tomat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tomatjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sallad (isbergssallad o d)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Spenat/grönkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Paprika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¼ st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Lök/purjolök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 msk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Vitlök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 klyfta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Gröna ärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ärtsoppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,5 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Bruna/vita bönor, soja, linser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
FRUKT OCH BÄR																		
Apelsin, annan citrusfrukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Äpple/päron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Banan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Annan frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Bär (färska eller frysta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sylt/marmelad/mos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 msk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Fruktkräm/fruktsoppor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
KAKOR, GODIS, ÖVRIGT																		
Vetebröd/bullar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Wienerbröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Kex/rån/skorpor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Småkakor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Socketkaka, annan mjuk kaka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 bit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tårta/konditoribit/"GoBit"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 bit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Choklad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Godis (ej choklad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Chips/popcorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Nötter/mandel t.ex. jordnötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 st	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Dressing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 msk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Majonnäs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 msk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Tomatketchup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 msk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Grädde/ crème fraiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 msk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Saft/läskedryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Lättöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 glas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Var snäll och kontrollera att Du kryssat i två rutor på varje rad ("hur ofta" + "hur mycket")
Om Du "Aldrig/sällan" äter av ett livsmedel behöver Du inte ange "Hur mycket"

Ange Din genomsnittliga konsumtion före graviditeten

53. Hur mycket alkohol dricker Du vanligtvis?

Ange glas per vecka eller per månad eller per år - endast ett alternativ per dryck.

	Glas per				
	vecka		månad	år	
Folköl, klass II (1 glas=2 dl)	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>
Starköl (1 glas=2 dl)	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>
Vitt vin (1 glas=1 dl)	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>
Rött vin (1 glas=1 dl)	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>
Starkvin, t.ex. sherry, portvin, likör (1 glas=4 cl)	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>
Starksprit (1 glas=4 cl)	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Jag dricker aldrig alkohol					

Ange Din genomsnittliga konsumtion

54. Hur ofta äter Du i genomsnitt stekta maträtter?

	Gånger per		Sällan/ aldrig	
	vecka	månad		
Köttfärsrätt stekt i stekpanna (t.ex. hamburgare, köttbullar, pannbiff)	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kött eller korv stekt i stekpanna (t.ex. biff, fläskkotlett, falukorv)	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk stekt i stekpanna	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kyckling stekt i stekpanna (t.ex. stekta filéer eller grvta)	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Grillad kyckling	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Ugnsstekt kyckling	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Sky eller sås av sky t.ex. brun sås	<input type="text"/>	eller	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Jag äter aldrig eller sällan kött				
<input type="checkbox"/> Jag äter aldrig eller sällan fisk				

55. Hur hårdstekta brukar dessa maträtter vara?

- Lätt stekyta (ljus brun)
 Måttlig stekyta (brun)
 Kraftig stekyta (mörkt brun)
 Mycket kraftig stekyta (nästan svart)
 Jag äter sällan eller aldrig stekt mat

56. Har Du under de senaste 5 åren ändrat dina kostvanor och behållit de nya vanorna i minst 2 år?

- Ja, från år 19 till 19
 Nej

Vilka ändringar i konsumtionen av följande livsmedel innebär dieten eller de nya kostvanorna? Sätt kryss i lämplig ruta för varje livsmedel.	<u>Jag började äta</u>		<u>Har ej ändrat</u>	<u>Har aldrig ätit</u>
	<u>mindre</u>	<u>mer</u>	<u>mängden</u>	<u>eller slutat äta</u>
Standardmjölk/fil/yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättmjölk/fil/yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smör, Bregott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bordsmargarin (80%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättmargarin (40%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kött	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fullkorns/Grovt bröd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan förändring av kosten, vilken? _____				

57. Har Du någon gång tidigare i Ditt liv ändrat dina kostvanor (t.ex. övergått till diabeteskost eller slutat äta kött) och behållit denna kostvana i minst 2 år?

- Ja, från år 19 till 19 och från år 19 till 19
 Nej

Arbete och fritid

Frågor om Ditt arbete och Din fritid. Ange det som stämmer bäst idag (nuvarande graviditet) respektive för varje ålder.

58. Hur skulle Du vilja beskriva Ditt arbete?

Ange det som stämmer bäst överens med det arbete Du hade vid respektive ålder.

Yrkesarbete	Idag	Ålder, år				
		20	25	30	35	40
<u>Mest stillasittande.</u> Kontorsarbete, lättare montering e d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Måttligt rörligt arbete.</u> Sitter ca ½ arbetstiden, t ex undervisning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Rörligt arbete.</u> Sitter ganska lite, lyfter och bär, t ex vårdarbete.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Tungt kroppsligt arbete.</u> Lyfter tunga saker, t ex byggnadsarbetare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Deltid</u> 50-75%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Varken yrkesarbete eller studier</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Hur ofta har Du utfört hushållsarbete eller arbetat med hem och trädgård?

Har Du handlat, lagat mat, diskat, städat, skött barn, arbetat i trädgården, tvättat bilen, reparerat hemma eller utfört annat hushållsarbete? Ange genomsnitt för hela året.

Hem/hushållsarbete	Idag	Ålder, år				
		20	25	30	35	40
Mindre än 1 timme per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellan 1 och 2 timmar per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellan 2 och 4 timmar per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellan 4 och 6 timmar per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 6 och 8 timmar per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 8 timmar per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

60. Hur mycket har Du gått eller cyklat en vanlig vardag (till arbetet, dagis, tåg/buss etc)? Ange genomsnitt för hela året, med hänsyn till ev. skillnad mellan sommar och vinter.

Går/cyklar	Idag	Ålder, år				
		20	25	30	35	40
Mindre än 10 minuter per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellan 10 och 20 minuter per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellan 20 och 40 minuter per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellan 40 och 60 minuter per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 1 timme per dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Hur bedömer Du Din fysiska aktivitet på fritiden vid olika åldrar?

Ange genomsnitt för hela året, med hänsyn till ev. skillnad mellan sommar och vinter.

Fritiden	Idag	Ålder, år				
		20	25	30	35	40
<u>Mest stillasittande.</u> Läser, tittar på TV eller handarbetar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Motionerar då och då.</u> Promenerar, åker skidor, simmar etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Motionerar regelbundet.</u> Promenerar i rask takt, joggar m m ca 1 gång i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motionerar regelbundet ganska kraftigt. Terränglöpning m m minst 2 gånger i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Har Du ändrat Din fysiska aktivitet sedan Du blev gravid?

- Ja
 Nej

Om ja, på vilket sätt?

Om ja, när (vilken vecka) under graviditeten?

+

+

Tobak

Frågor om dina rök- och snusvanor.

63. Har Du rökt sammanlagt minst 100 cigaretter?

Ja Nej \Rightarrow om Du svarat nej gå till *fråga 71*

64. Har Du någonsin rökt cigaretter i stort sett dagligen under minst 6 månaders tid?

Ja Nej \Rightarrow om Du svarat nej gå till *fråga 71*

65. Vid vilken ålder började Du röka cigaretter i stort sett dagligen?

års ålder

66. Har Du gjort något längre uppehåll?

Ja \Rightarrow hur länge? månader eller år
 Nej

67. Röker Du fortfarande cigaretter?

Ja \Rightarrow om Du svarat ja gå till *fråga 69*
 Nej

68. Om Du slutat röka cigaretter, ange vid vilken ålder Du slutade.

års ålder

69. Hur lång tid sammanlagt har Du rökt cigaretter dagligen?

år eller månader

70. Hur mycket har Du rökt per dag vid olika åldrar? Ange hur många cigaretter per dag Du i genomsnitt har rökt vid olika åldrar. Markera till och med Din nuvarande åldersgrupp.

-15 år	16-20 år	21-25 år	26-30 år	31-35 år	36-40 år	41-45 år
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

71. Har Du någonsin snusat regelbundet (d.v.s. minst 1 gång per vecka) under 6 månaders tid eller längre?

Ja Nej \Rightarrow om Du svarat nej gå till *fråga 77*

+

+

72. Vid vilken ålder började Du snusa dagligen?

års ålder

73. Snusar Du fortfarande?

Ja \Rightarrow om Du svarat ja på denna fråga gå till **fråga 75**
 Nej

74. Om Du slutat snusa, ange vid vilken ålder Du slutade.

års ålder

75. Hur lång tid sammanlagt har Du snusat dagligen?

år eller månader

76. Hur mycket har Du snusat i olika åldrar? Ange hur många dosor snus per vecka Du i genomsnitt har snusat vid olika åldrar. Markera till och med Din nuvarande åldersgrupp.

-15 år	16-25 år	26-35år	36-45 år
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

+

+

Uppväxt och utbildning

77. Vilket år är Du född?

19

78. I vilket land föddes Du?

Sverige

Annat land, vilket? _____ Jag var år gammal när jag kom till Sverige

79. Hur många år sammanlagt har Du gått i skola, universitet eller annan utbildning?

Alla typer av skolor och utbildningar räknas. Räkna om deltidstudier till heltid.

år

80. Vilken är Din högsta utbildning?

Välj den skolform som bäst motsvarar Din egen.

Folkskola

Grundskola eller motsvarande

Realskola

Gymnasium

Högskola, universitet eller motsvarande

Icke akademisk yrkesutbildning

Annan, vilken? _____

Stort tack för Din medverkan!