

Dato:

|      |       |     |  |  |
|------|-------|-----|--|--|
|      |       |     |  |  |
| (Dag | Måned | År) |  |  |

ID-Nummer:

|  |
|--|
|  |
|--|



*disabkids*

## Spørreskjema for foresatte til barn og unge med diabetes

Kjære foresatte

Takk for at du tar deg tid til å fylle ut dette spørreskjemaet om ditt barns velvære og helse relaterte livskvalitet.

Vi vil gjerne at du svarer på dette spørreskjemaet på vegne av barnet ditt, men vennligst besvar spørsmålene uten å be barnet ditt om hjelp. Alle svarene du gir vil bli behandlet strengt konfidensielt.

Med mindre du blir bedt om noe annet ber vi deg tenke over hvordan barnet ditt har hatt det i løpet av de siste 4 ukene når du svarer på spørsmålene

For eksempel:

Aldri    Sjelden    Av og til    Ofte    Alltid

Hvor ofte er barnet ditt sammen med vennene sine?

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



## Om ditt barns diabetes

Tenk på de fire siste ukene

Aldri    Sjelden    Av og til    Ofte    Alltid

|    |                                                                           |                          |                          |                          |                          |                          |
|----|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Hindrer diabetes ditt barn fra å gjøre ting han/hun har lyst til?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Opplever barnet ditt at diabetes styrer dagen hans/hennes?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Plager det barnet ditt å måtte tenke På hva hun/han spiser?               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Er det vanskelig for barnet ditt å holde seg til sine matregler?          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Bekymrer barnet ditt seg for Blodsukkeret sitt?                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Plager det barnet ditt at andre alltid kan spise og drikke så mye de vil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## Om ditt barns diabetes

Tenk på de fire siste ukene

Aldri    Sjelden    Av og til    Ofte    Alltid

|     |                                                                    |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7.  | Gjør det barnet ditt noe å ta insulin?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Blir barnet ditt lei av å måle blodsukkeret sitt?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Er barnet ditt irritert over å måtte ha med seg måleutstyret sitt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Plager det barnet ditt at han/hun må planlegge alt?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

De siste tre spørsmålene handler om hvor mye problemer barnet ditt har hatt med sin diabetes **i løpet av det siste året.**



## Om symptomene til barnet ditt

### Tenk på det siste året

Aldri      En gang      Noen få ganger      Ofte      Hele tiden

a. Hvor ofte har barnet ditt hatt problemer med sin diabetes det siste året?

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

Ikke i det hele tatt      Litt      Moderate      Ganske alvorlige      Ekstremt alvorlige

b. Hvor alvorlige har barnets problemer med diabetes vært det siste året?

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

Aldri      I det siste året      Siste seks måneder      Siste måneden      Siste uka

c. Når var siste gangen barnet hadde alvorlig føling(lavt blodsukker)?

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



Takk for hjelpen

