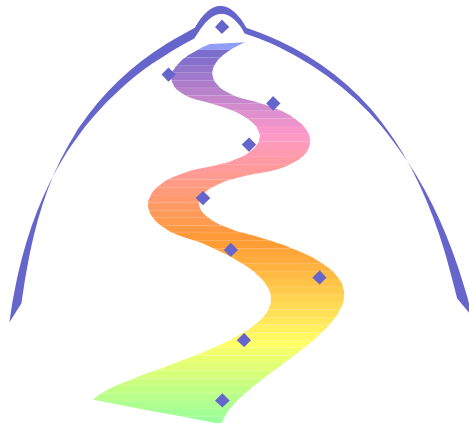


Afdeling \_\_\_\_\_ Kodenummer Tv A \_\_\_\_\_

Kodenummer Tv B \_\_\_\_\_

# Ammeundersøgelse af for tidligt fødte børn på neonatalafdelinger i Danmark 2009 – 2011

## Spørgeskema 2 til børnenes mor



**Udskrivelse  
Tvillinger**

Dette spørgeskema handler om, hvordan dine børn er kommet i gang med at spise selv, og om dine børns indlæggelsesforløb, samt om den støtte du har fået til amning.

Du kan udfylde de første 12 spørgsmål efterhånden, som dine børn når dertil, og udfylde resten af spørgsmålene ved udskrivelsen, men det vil være en god ide at læse skemaet igennem med det samme, selvom du først skal aflevere det, når dine børn bliver udskrevet.

Ved hvert spørgsmål skal du enten skrive dit svar eller sætte et kryds.

Hvis du må sætte mere end ét kryds for hvert barn, er det angivet i forbindelse med spørgsmålet.

Når spørgsmålene handler om børnene, skal du krydse af både for Tvilling A og B, fordi tvillinger ikke altid går fremad i samme tempo, f.eks. kan der være forskel på, hvornår børnene første gang spiser et helt måltid selv.

Du er altid velkommen til at bede personalet om hjælp til at udfylde spørgeskemaet, hvis du har brug for det.

### Spørgsmål om dine børns første oplevelse ved brystet

Hvornår blev dine børn første gang lagt til brystet med henblik på at slikke, smage og måske tage fat om brystvorten? (Uden de nødvendigvis suttede eller sank)

1. Dato: Tv A: \_\_\_\_\_ Tv B: \_\_\_\_\_
2. Vægt denne dag: Tv A \_\_\_\_\_ (ca.) Tv B \_\_\_\_\_ (ca.)

3. Fik dine børn samtidigt: (besvar alle 3 spørgsmål for hvert barn med et kryds i hver linje):

Tv A:	Ja	Nej
a. CPAP?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
b. ilttilskud?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
c. pause fra CPAP eller ilt?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Tv B:	Ja	Nej
a. CPAP?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
b. ilttilskud?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
c. pause fra CPAP eller ilt?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

### Spørgsmål om perioden, hvor dine børn begynder at spise selv

Hvornår spiste dine børn første gang et helt måltid selv?

4. Dato: Tv A: \_\_\_\_\_ Tv B: \_\_\_\_\_
5. Vægt denne dag: Tv A \_\_\_\_\_ (ca.) Tv B \_\_\_\_\_ (ca.)

6. Hvordan fik dine børn mad ved dette måltid?

(Du må gerne sætte mere end et kryds for hvert barn)

	Tv A	Tv B
Blev ammet	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Flaske	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Kop	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Hjælpebryst/ammesugerør/Lact-aid	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Andet	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Beskriv: _____		

7. På hvilke måder fik dine børn mad ved de øvrige måltider denne dag?  
(Du må gerne sætte mere end et kryds for hvert barn)

	Tv A	Tv B
Blev ammet	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Sonde	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Flaske	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Kop	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Hjælpebryst/ammesugerør/Lact-aid	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Andet	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Beskriv: _____		

**Hvornår spiste dine børn al deres mad selv?**

8. Dato: \_\_\_\_\_ Tv A: \_\_\_\_\_ Tv B: \_\_\_\_\_

9. Vægt denne dag: Tv A \_\_\_\_\_ (ca.) Tv B \_\_\_\_\_ (ca.)

10. Hvordan fik dine børn mad denne dag?

	Tv A	Tv B
Kun amning	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Både amning og flaske	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Kun flaske	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Andet:	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Beskriv: _____		

11. Fik dine børn brug for sonden igen senere?

	Tv A	Tv B
Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej (gå til spørgsmål 13)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

12. Hvis ja, siden hvilken dato har dine børn helt undværet sonden?

Tv A siden d. \_\_\_\_\_ Tv B siden d. \_\_\_\_\_

**Spørgsmål om hvordan dine børn får mad i forbindelse med den endelige udskrivelse fra hospitalet/sygehuset**

13. Hvornår blev dine børn udskrevet fra hospital/sygehus?

Dato: Tv A: \_\_\_\_\_ Tv B: \_\_\_\_\_

14. Dine børns vægt ved den endelige udskrivelse:

Tv A \_\_\_\_\_ (ca.) Tv B \_\_\_\_\_ (ca.)

15. Hvordan får dine børn mad ved den endelige udskrivelse?

	Tv A	Tv B
Kun amning	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Både amning og flaske	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Kun flaske	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Andet	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Beskriv: _____		

**Spørgsmål 16 – 19 skal du besvare, hvis du ammer den ene eller begge dine børn**

16. Hvor længe har du planlagt at fortsætte med at amme?

Til mine børn er ca. \_\_\_\_\_ måneder (talt fra børnenes fødselsdato)

17. Hvor sikker er du på at kunne gennemføre at amme dine for tidligt fødte børn, så længe som du har planlagt?

	Tv A	Tv B
Meget sikker	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Sikker	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Ved ikke	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Usikker	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Meget usikker	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>



**Spørgsmål 20 – 23 skal du kun besvare, hvis den ene eller begge dine børn får andet end bryst**

20. Hvad får dit barn/dine børn på flaske?

	Tv A	Tv B
Udmalket modermælk	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Modermælkserstatning	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Både udmalket mælk og modermælkserstatning	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

21. Hvad er årsagen til, at dit barn/dine børn ved udskrivelsen ikke ammes fuldt ud?

*(Der må gerne sættes mere end et kryds for hvert barn)*

	Tv A	Tv B
Jeg havde ikke mælk nok	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Jeg er holdt op pga. sår, revner eller ømme brystvorter	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Jeg er holdt op pga. brystbetændelse	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Jeg har indadvendte/flade brystvorter	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
Mit barn kunne/ville ikke ammes	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
Mit barn blev ikke tilfreds af at blive ammet	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
Mit barn tog ikke nok på af at blive ammet	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub>
Jeg har behov for at vide nøjagtigt hvor meget mit barn får	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
Jeg føler mig bundet af at amme	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
Andet	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub>
Beskriv: _____		

22. Hvornår blev beslutningen taget, om at dit barn/dine børn ikke skulle ammes fuldt?

Dato Tv A: \_\_\_\_\_ (ca.)

Dato Tv B: \_\_\_\_\_ (ca.)

23. Fik du støtte af personalet, da du ikke kunne amme fuldt eller da du holdt op med at malke ud?

Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

## Spørgsmål om brug af suttebrik og narresut til dit tidligt fødte barn

24. Har du brugt suttebrik til at amme dine for tidligt fødte børn?

Ja

Nej (gå til spørgsmål 28)

Tv A

\_1\_2

Tv B

\_1\_2

25. Hvad var årsagen/årsagerne til, at du brugte suttebrik?

(Du må gerne sætte mere end et kryds for hvert barn)

Mit barn gled af brystvorten

Mit barn blev frustreret ved brystet

Mit barn faldt i søvn ved brystet

Mit barn kunne ikke gabe højt nok op til at få fat

Mine brystvorter er indadvendte/flade

Mine bryster var for spændte

Mine brystvorter var ømme pga. sår/revner

Andet

Beskriv: \_\_\_\_\_

Tv A

\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8

Tv B

\_1\_2\_3\_4\_5\_6\_7\_8

26. Hvornår brugte du første gang suttebrikken til dine børn?

Dato Tv A: \_\_\_\_\_ (ca.)

Dato Tv B: \_\_\_\_\_ (ca.)

27. Bruger børnene suttebrik ved udskrivelsen?

Ja

Nej

Tv A

\_1\_2

Tv B

\_1\_2

28. Har dine børn brugt narresut under indlæggelsen?

Ja

Nej (gå til spørgsmål 33)

Tv A

\_1\_2

Tv B

\_1\_2

29. Hvornår fik dine børn narresutten første gang?

Dato Tv A: \_\_\_\_\_ (ca.)

Dato Tv B: \_\_\_\_\_ (ca.)

30. Blev der ændret på brugen af narresutten, da dine børn begyndte at få mindre sondemad og blive ammet mere?

Ja

Tv A

<sub>1</sub>

Tv B

<sub>1</sub>

Nej (gå til spørgsmål 32)

<sub>2</sub><sub>2</sub>

31. På hvilken måde blev brugen af narresut ændret?

(Du må gerne sætte mere end et kryds for hvert barn)

Sutten blev fjernet helt

Tv A

<sub>1</sub>

Tv B

<sub>1</sub>

Sutten blev overvejende brugt, når jeg ikke var i afdelingen

<sub>2</sub><sub>2</sub>

Sutten blev overvejende brugt, når mit barn fik skiftet ble,  
eller fik taget blodprøver og lignende

<sub>3</sub><sub>3</sub>

Sutten blev overvejende brugt ved sondemåltider

<sub>4</sub><sub>4</sub>

Andet

<sub>5</sub><sub>5</sub>

Beskriv: \_\_\_\_\_

32. Bruger dine børn narresut ved udskrivelsen?

Ja

Tv A

<sub>1</sub>

Tv B

<sub>1</sub>

Nej

<sub>2</sub><sub>2</sub>

33. Har dine børn fået flaske under indlæggelsen på hospitalet/sygehuset?

Ja

Tv A

<sub>1</sub>

Tv B

<sub>1</sub>

Nej (gå til spørgsmål 36)

<sub>2</sub><sub>2</sub>

34. Hvornår fik dine børn flaske første gang?

Dato Tv A: \_\_\_\_\_ (ca.)

Dato Tv B: \_\_\_\_\_ (ca.)

35. Får dine børn flaske ved udskrivelse?

Ja

Tv A

<sub>1</sub>

Tv B

<sub>1</sub>

Nej

<sub>2</sub><sub>2</sub>

### Spørgsmål om hud-mod-hud kontakt

(Med hud-mod-hud kontakt menes at dit barn kun er iført ble, evt. hue og sokker og evt. en åbenstående bluse, men således at barnets mave, bryst og ben har direkte kontakt med din eller en anden voksens bare mave/bryst).

36. Har du haft dine børn hud-mod-hud efter, at børnene kom i vugge?

	Tv A	Tv B
Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej (gå til spørgsmål 38)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

37. Hvor ofte har du haft dine børn hud-mod-hud efter, at de kom i vugge?

	Tv A	Tv B
Enkelte gange	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nogle gange ugentligt	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
En gang dagligt	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Flere gange dagligt	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

### Spørgsmål om udmalkning, kontrolvejning og udskrivelse

38. Malker du stadig ud?

Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

Hvis nej, hvornår holdt du op med at malke ud? Dato: \_\_\_\_\_ (ca.)

39. Er dine børn blevet kontrolvejjet under indlæggelsen?

(Med kontrolvejning menes, at man vejer barnet lige før og lige efter et måltid, for at se, hvor mange ml barnet har spist ved brystet)

	Tv A	Tv B
Ja, mit barn blev kontrolvejjet til de fleste ammemåltider	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Ja, mit barn blev kontrolvejjet nogle enkelte gange	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Nej, mit barn blev ikke kontrolvejjet	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

40. Har du inden den endelige udskrivelse været hjemme med dine børn?

	Tv A	Tv B
Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej (gå til spørgsmål 43)	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

41. På hvilken måde har I været hjemme inden den endelige udskrivelse?

På hjemmebesøg hvor vi kom til kontrol på hospitalet <sub>1</sub>

På hjemmebesøg hvor vi fik besøg af sygeplejerske hjemme <sub>2</sub>

Andet: <sub>3</sub>

Beskriv: \_\_\_\_\_

42. Har du/I selv givet børnene sondemad, mens I var hjemme?

	Tv A	Tv B
Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

43. Skal I til kontrol på hospitalet indenfor den første uge, efter I er blevet udskrevet?

	Tv A	Tv B
Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

44. Ved du hvem, der er din sundhedsplejerske?

Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

45. Har du en aftale med din sundhedsplejerske efter udskrivelsen?

Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

46. Har du bekymringer generelt i forbindelse med udskrivelsen?

	Tv A	Tv B
Nej, ingen ( <i>gå til spørgsmål 48</i> )	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Ja, få bekymringer	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>
Ja, nogle bekymringer	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
Ja, mange bekymringer	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>

47. Beskriv hvilke bekymringer du har: \_\_\_\_\_

---

---

---

**De næste spørgsmål handler om, om du har følt dig tilstrækkelig støttet i dit ammeforløb fra dine omgivelser. Vi spørger både til praktisk hjælp, opmuntring og vejledning.** (Besvar med et kryds i hver linie)

48. Har du fået tilstrækkelig hjælp til det praktiske (f.eks. hente ting eller skifte dit barn) fra følgende personer, så du havde tid til at amme?

- |                                      |                             |                              |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| a. Din mand/partner                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| b. Din mor/dine forældre             | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| c. Din svigermor/dine svigerforældre | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| d. Andre i din familie               | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| e. Venner/veninder                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| f. Plejepersonalet                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |

49. Har du følt dig tilstrækkelig opmuntret til at amme (f.eks. fået knus, en snak eller blevet forstået, når det var svært) af følgende personer?

- |                                      |                             |                              |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| a. Din mand/partner                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| b. Din mor/dine forældre             | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| c. Din svigermor/dine svigerforældre | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| d. Andre i din familie               | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| e. Venner/veninder                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| f. Plejepersonalet                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |

50. Har du fået tilstrækkelig vejledning i at amme (f.eks. gode råd om hvad man kan gøre) af følgende personer:

- |                                      |                             |                              |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| a. Din mand/partner                  | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| b. Din mor/dine forældre             | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| c. Din svigermor/dine svigerforældre | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| d. Andre i din familie               | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| e. Venner/veninder                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |
| f. Plejepersonalet                   | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> | Ved ikke <input type="checkbox"/> |

**Til sidst nogle spørgsmål om dine børns indlæggelsesforløb**

51. Har dine børn været indlagt på flere afdelinger?

	Tv A	Tv B
Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Hvilke: _____		
Nej	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

52. Har dine børn ligget i respirator?

	Tv A	Tv B
Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

Hvis ja, hvor mange dage? Tv A ca. \_\_\_\_\_ dage Tv B ca. \_\_\_\_\_ dage

53. Har dine børn haft CPAP?

	Tv A	Tv B
Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

Hvis ja, hvor mange dage? Tv A ca. \_\_\_\_\_ dage Tv B ca. \_\_\_\_\_ dage

54. Har dine børn fået foretaget en ultralydsundersøgelse af hovedet?

	Tv A	Tv B
Ja	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Nej	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

55. Hvis ja, hvad viste undersøgelsen:

	Tv A	Tv B
Den var normal	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>
Den var ikke normal	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>

56. Har der under indlæggelsen været særlige problemer med dine børns helbred (f.eks. operation, misdannelser eller anden alvorlig sygdom)?

Ja

Tv A

Tv B

11

Nej

22

Hvis ja, beskriv

Tv A: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tv B: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

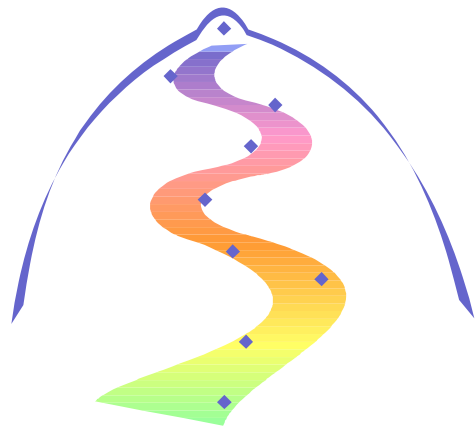
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





Spørgeskemaet afleveres til plejepersonalet

*Undersøgelsen sker i samarbejde med*  
Videnscenter for amning af børn med specielle behov  
Rigshospitalet 5023  
Blegdamsvej 9  
2100 København Ø