
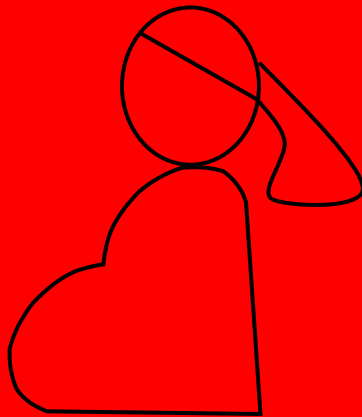


**UCC Library and UCC researchers have made this item openly available.
Please [let us know](#) how this has helped you. Thanks!**

Title	Caesarean section and subsequent pregnancy outcome: a Danish register-based cohort study
Author(s)	O'Neill, Sinéad M.
Publication date	2014
Original citation	O'Neill, S. M. 2014. Caesarean section and subsequent pregnancy outcome: a Danish register-based cohort study. PhD Thesis, University College Cork.
Type of publication	Doctoral thesis
Rights	© 2014, Sinéad M. O'Neill http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ 
Embargo information	Please note that Chapter 6 (pp. 184-203) is unavailable due to a restriction requested by the author.
Item downloaded from	http://hdl.handle.net/10468/1776

Downloaded on 2021-04-19T14:50:31Z

SPØRGESKEMA
QUESTIONNAIRE



**Perinatal Epidemiologisk Forskningsenhed,
Obstetriske og Pædiatriske afdeling, Aarhus Universitet,
Aarhus Universitetshospital, Skejby**

**Department of Paediatrics and Perinatal Epidemiology Research Unit,
Aarhus University Hospital, Skejby**

På de følgende sider finder du en række spørgsmål, hvis svar vil blive brugt til forskning og udvikling på føde- og børneafdelingens forskningsenhed. Det primære formål er at undersøge faktorer med betydning for forløbet af graviditet og fødsel. Dine svar vil kun være tilgængelige for forskerne bag undersøgelsen, og alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt og anonymt. Den behandling du modtager under din graviditet vil være uafhængig af din deltagelse i undersøgelsen. Deltagelse er frivillig, og du kan på ethvert tidspunkt trække dig ud af undersøgelsen igen. Hvis du har spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os på telefon: **7845 3400**. Du er også velkommen til at sende os en mail på adressen: **perinatal@ki.au.dk**.

On the following pages you will find a number of questions whose answers will be used for research and development in the paediatrics and perinatal epidemiology department's research unit. The primary purpose is to examine the factors which affect the course of pregnancy and childbirth. Your answers will only be available to researchers involved in the study, and all information will be treated confidentially and anonymously. The treatment you receive during your pregnancy will be independent of your participation in the study. Participation is voluntary and you may at any time withdraw from the study again. If you have any questions, please feel free to contact us by phone: **7845 3400**. You are also welcome to send us an email at: **perinatal@ki.au.dk**.

Venlig hilsen /sincerely
Tine Brink Henriksen, Professor, Ph.D.
Niels Ulbjerg, Professor, Dr. Med.

Navn/**Name** _____

Adresse/**Address** _____

1.1 CPR-nummer/CPR-number - - - - - - - - - -

1.2 Skemaet er udfyldt den/Date form is completed

 __/__/20__

1.3 Er du født i Danmark?/Were you born in Denmark?

Ja/Yes

Nej/No

Hvis Nej, angiv fødeland/ **If No, specify country**

2.1 Hvad vejede du, før du blev gravid? /What did you weigh before you got pregnant? Kg _____

2.2 Hvor høj er du?/How tall are you? Cm _____

2.3 Hvad er barnets fars fødselsdato?/What is the child's father's date of birth? __/__/__

3.1 Hvilken dato var din sidste menstruations første dag?/
What date was your last menstrual period (LMP)?

__ / __ / ____

Husker ikke/**Don't know**

3.2 Var din sidste menstruation af sædvanlig styrke og varighed?/**Was your last period of normal intensity and duration?**

Ja /**Yes**

Nej/**No**

Ved ikke/**Don't know**

3.3 Var dine menstruationer op til graviditeten regelmæssige?/**Were your periods regular up until pregnancy?**

Ja /**Yes**

Nej/**No**

Ved ikke/**Don't know**

3.4 Hvis dine menstruationer var regelmæssige, hvor mange dage var der da fra første dag i den ene menstruation til første dag i næste menstruation?/**If your periods were regular how many days were there from the first day of one menstrual period until the first day of your next menstrual period?**

Antal dage/**No. of days** __ __

3.5 Har du taget p-piller inden for de sidste 4 måneder før graviditeten?/**Have you taken the contraceptive pill within the last 4 months before pregnancy?**

Ja /**Yes**

Nej/**No**

3.6 Ved du med sikkerhed, hvornår du blev gravid?/Do you know for certain when you got pregnant?

Ja /Yes

Nej/No

Hvis Ja, hvilken dato?/If Yes, what date?

__/__/____

4.1 Led du af nogen af følgende sygdomme, før du blev gravid?/Did you have any of the following conditions before you got pregnant?

Ja, forhøjet blodtryk/Yes, high blood pressure

Ja, hjertesygdom/Yes, heart disease

Ja, lungesygdom/Yes, lung disease

Ja, sukkersyge/Yes, diabetes

Ja, stofskiftesygdom/Yes, metabolic disorder

Ja, nyresygdom/ Yes, kidney disease

Ja, epilepsi/ Yes, epilepsy

Ja, gigt/Yes, gout

Ja, anden sygdom/Yes, other.

Skriv hvilken _____

Nej, jeg led ikke af nogen sygdom/No, I did not have any condition

4.2 Har du nogensinde været i behandling for psykiske problemer (fx angst, depression, alkoholmisbrug)?/ **Have you ever been treated for any mental problems (e.g. anxiety, depression, alcoholism)?**

Ja/Yes

Nej/No

Hvis Ja, sæt kryds/krydser/ **If Yes, please tick/cross**

	Samtaleterapi/ Counselling	Medicin/ Medicine
Hos praktiserende læge/ In a GP Practice		
Hos praktiserende psykiater/ In a Practicing Psychiatrist's		
Hos psykolog/ In a Psychologists		
Anden rådgivnings- eller Behandlingsinstitution/ Other advice or treatment institution		

4.3 Har du været indlagt på psykiatrisk afdeling?/ **Have you ever been admitted to the psychiatric ward?** Ja/Yes
Nej/No

4.4 Har du gået i ambulatoriet på psykiatrisk afdeling?/ **Have you ever attended an outpatient psychiatric department?** Ja/Yes
Nej/No

4.5 Hvis du tidligere har været indlagt på sygehus, udfyld da skemaet her/ **If you have previously been admitted, please complete the following.**

Tidl. Indlæggelse år/ Previous hospitalisation year	Sygehus/ Hospital	Sygdom/ Disease	Behandling/ Treatment
1. år/year _ _ _ _			
2. år/year _ _ _ _			
3. år/year _ _ _ _			
4. år/year _ _ _ _			
5. år/year _ _ _ _			
6. år/year _ _ _ _			

4.6 Er du, eller har du under din nuværende graviditet været i behandling for/ **Are you being treated/have you been treated for:**

Blærebetændelse/ **Cystitis** Ja/Yes

Nej/No

Nyrebækkenbetændelse/ **Renal PID** Ja/Yes

Nej/No

Udflåd, svie, kløe, smerte fra skeden/ **Vaginal discharge, burning, itching, pain from vagina** Ja/Yes

Nej/No

Hvis Ja, hvilken medicin blev du da behandlet med?/**If Yes, what medications were you treated with?**

4.7 Er der sukkersyge hos dine forældre, søskende eller børn?
Is there a history of diabetes in your parents, siblings or children?

Ja/Yes

Nej/No

Hvis Ja, da hos hvem?/**If Yes, in whom?**

4.8 Er der alvorlige sygdomme i din eller din mands familie, herunder arvelige sygdomme?/**Are there any serious diseases in you or your spouse's family, including hereditary diseases?**

Ja/Yes

Nej/No

Hvis Ja, da hos hvem?/**If Yes, in whom?**

Hvilken sygdom drejer det sig om?/**What disease?**

5.1 Har du indtaget medicin inden for de sidste 3 måneder før graviditeten?/ **Have you taken medication within three months before pregnancy?**

Ja/Yes

Nej/No

5.2 Har du på noget tidspunkt i graviditeten taget medicin oftere end én gang om ugen (du kan se bort fra jerntilskud og vitaminpiller)/ **Have you at any stage during pregnancy taken medicine more than once a week (not including iron supplements or vitamins)?**

Ja/Yes

Nej/No

Hvis Ja, da hvilken medicin?/If Yes, what medicine?

5.3 Lider du, så vidt du ved, af allergi (fx overfor penicillin, jod eller plaster)?/Do you suffer from any known allergies (penicillin, iodine or patch)?

Ja/Yes

Nej/No

Hvis Ja, da over for hvad?/If Yes, what allergy?

6.1 Røg du, da du blev gravid?/ Did you smoke before you knew you were pregnant?

Ja/Yes

Nej/No

6.2 Hvor meget røg du dagligt?/How many cigarettes per day?

Stk. ___

6.3 Ryger du nu?/ Do you smoke now?

Ja/Yes

Nej/No

6.4 Hvor meget ryger du dagligt?/How many cigarettes per day?

Stk. ___

6.5 Hvis du ryger nu, er det da noget der bekymrer dig?/If you smoke now, is it something that worries you?

Nej/No

Ja, noget/Yes, some

Ja, en hel del/Yes alot

6.6 Hvor mange genstande (en genstand svarer til 1 øl, 1 glass vin eller 1 snaps) drak du *circa om ugen* før du blev gravid?/How many units per week did you drink before you got pregnant (1 unit=1 beer, 1 glass of wine or 1 spirit)?

Antal genstande/No. of units __

Mindre end 1 genstand/Less than 1 unit

Drak aldrig alcohol/didn't drink alcohol

6.7 Hvor mange genstande drikker du *circa om ugen* nu du er gravid?/**How many units a week are you drinking while pregnant?**

Antal genstande/**No. of units** __

Mindre end 1 genstand/**Less than 1**

unit

Drak aldrig alcohol/**Don't drink**

alcohol

6.8 Har du røget hash under graviditeten?/**Have you smoked cannabis during pregnancy?**

Ja/**Yes**

Nej/**No**

6.9 Hvis Ja, hvor mange gange har du da røget hash under graviditeten?/**If yes, how many times have you smoked cannabis during pregnancy?**

Antal gange/**No. of times** __

6.10 Har du haft et forbrug af speed, amfetamin, heroin, kokain eller lignende under graviditeten?/**Have you taken speed, amphetamines, heroin, cocaine or the like during pregnancy?**

Ja/**Yes**

Nej/**No**

6.11 Hvis Ja, hvilke stoffer har du da brug og hvor mange gange?/**If Yes, how many times have you taken them?**

Stof/**Drug:** _____ Antal gange/**No. of times** __

Stof/**Drug:** _____ Antal gange/**No. of times** __

Stof/**Drug:** _____ Antal gange/**No. of times** __

7.1 Er det første gang, du er gravid?/Is this the first time you have been pregnant?

Ja/Yes

Nej/No

Hvis Ja, gå videre til 8.1/**If Yes, go to 8.1**

Hvis Nej, hvornår endte din sidste graviditet?/ **If No, when did your last pregnancy end?** Dato/Date __/__/____

7.2 Hvis du har været gravid tidligere, hvornår og hvordan endte dine graviditeter?/ If you were pregnant before when and how did the pregnancy end?

Graviditetsforløb Pregnancy stages År/Year	Fødsel Live birth	Spontan/ufrivillig abort i 0-3, 4-6 måned/ Spontaneous miscarriage in 0-3, 4-6 months	Provokeret/frivillig abort/ Induced Abortion	Graviditet uden for livmoderen/ Ectopic pregnancy
1. gravi/pregnancy _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. gravi/pregnancy _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. gravi/pregnancy _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. gravi/pregnancy _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. gravi/pregnancy _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. gravi/pregnancy _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. gravi/pregnancy _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. gravi/pregnancy _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du tidligere har født (og derfor sat kryds i første kolonne) bedes du også udfylde spørgsmål 7.3/ **If you have previously given birth and therefore ticked the first column, please also complete question 7.3.**

7.3 Hvordan er dine tidligere fødsler forløbet?/What the course of your previous births?

Tidligere fødsler/ Previous birth	Levende født/ Live birth	Fødselsvægt/ Birthweight	Født mere end 3 uger før tiden/ More than 3 weeks premature	Køn/ Sex	Rask/normalt udviklet/ Healthy/ Normally developed
Fødested/ Birthplace	Ja Nej Yes No	Gram/Gram	Ja Nej Yes No	Dreng Pige Boy Girl	Ja Nej Yes No
1. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	----g	<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"/>	----g	<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"/>	----g	<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"/>	----g	<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"/>	----g	<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"/>	----g	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8.1 Hvor længe forsøgte du at blive gravid denne gang, før det lykkedes?/**How long were you trying to get pregnant this time before you succeeded?**

År/Year __ Måneder/Months __

Har ikke bevidst forsøgt/**Did not plan pregnancy**

8.2 Er du op til graviditeten blevet undersøgt for ufrivillig barnløshed?/**For the current pregnancy, did you have any fertility treatment?**

Ja/Yes

Nej/No

Hvis Ja, hvilken behandling har du da modtaget?/**If Yes, what treatment did you receive?**

Ingen behandling/**No treatment**

Operation/**Operation**

Hormonbehandling/**Hormone treatment**

Reagensglasbarn/**insemination/IVF/**

Insemination

8.3 Har du blødt under din nuværende graviditet?/**Have you experienced bleeding in the current pregnancy?**

Ja, jeg bløder stadig/**Yes, currently**

Ja, blødningen er ophørt/**Yes, but it has**

stopped

Nej/No

Hvis Ja, angiv dato for første blødning/**If Yes, enter the date of the first bleeding episode** Dato/Date: __/__/____

Hvis Nej, gå videre til side 16/ **If No, go to page 16**

8.4 Hvor længe varede blødningen/blødningerne sammenlagt?/**How long did/does the bleeding continue for?** Antal dage/Total days __

8.5 Havde du smerter i underlivet i forbindelse med blødningen?/**Did you experience abdominal pain in association with the bleeding?**

Ja, lette smerter/ Yes, light pain	<input type="checkbox"/>
Ja, moderate smerter/ Yes moderate pain	<input type="checkbox"/>
Ja, kraftige smerter/ Yes, strong pain	<input type="checkbox"/>
Nej/ No	<input type="checkbox"/>

8.6 Har du været indlagt på grund af blødning?/**Have you been hospitalised due to bleeding?** Ja/**Yes**
Nej/**No**

Hvis Ja, hvor længe var du indlagt?/**If Yes, how many days were you hospitalised?** Antal dage/Total days __

GENERELLE SPØRGSMÅL/
GENERAL QUESTIONS

1.1 Hvad var din egen fødselsvægt?/ **What was your birthweight?** Gram _ _ _ _

1.2 Har du en samlever/ægtefælle?/ **Do you have a spouse or partner?** Ja/Yes
Nej/No

1.3 Hvor mange kopper kaffe, te og kakao drikker du sædvanligvis om dagen nu du er gravid?/ **How many cups of coffee, tea or cocoa do you drink each day while pregnant?**

Antal kopper kaffe/ **Total cups of coffee** _ _

Antal kopper te/ **Total cups of tea** _ _

Antal kopper kaffe/ **Total cups of cocoa** _ _

1.4 Hvor mange flasker cola (0.25l) drikker du sædvanligvis om dagen nu du er gravid?/ **How many bottles of cola do you drink per day while pregnant?**

Antal flasker cola/ **Total bottles of cola** _ _

UDDANNELSE OG ARBEJDE/
EDUCATION & WORK

2.1 Hvilken af følgende muligheder passer bedst på din nuværende situation?/ **Which of the following best describes your current situation?**

1. Indtægtsgivende arbejde/**Revenue generating work**
(Gælder også, hvis du er syge- eller fravæsmeldt/**Applies also if you are sick or absent/on leave**)

2. Arbejdsledig med dagpenge/**unemployed with benefits**

3. Revalidering, kontanthjælp eller førtidspension/**Rehabilitation, social assistance or disability recipient**

4. Studerende/**Student**

5. Andet/**Other**

Hvis Andet, angiv da hvad/**If other please list:**

Skriv i spørgsmål 2.2-2.3, hvad du laver nu, eller hvis du ikke er i arbejde, hvad du semest har været beskæftiget med/ **Write in questions 2.3 and 2.3 what you are doing now, or if you are not working, what you last worked as.**

2.2 Hvad er/var din stilling?/**What is/was your position?**
Nøjagtig angivelse, f.eks kontorassistent, ikke blot
assistent; folkeskolelærer, ikke blot lærer/ **Be specific,**
e.g. office assistant and not just assistant,
elementary school teacher and not just teacher.

2.3 Hvor mange timer arbejder du uden for hjemmet om
ugen?/**How many hours per week do you work**
outside of the home?

Antal timer i gennemsnit/

Total time on average **_ _ hrs**

2.4 På hvilket trin har du afsluttet din skolegang?
(Afsluttet før start på en eventuel senere uddannelse)/
At what stage did you complete your education?
(Completed before starting further education)

7-9 klasse/7th-9th grade

10.klasse/realeksamen, teknisk forberedelseksamen/
10th grade/lower secondary education, technical
prep. examination

Udvidet teknisk forberedelseksamen/**Enhanced**
technical examination

Studentereksamen/hf/hh/htx eller tilsvarende/
Highschool or equivalent

Andet/**Other**

Hvis Andet, angiv da hvilket/ **If other give details**

2.5 Hvilken faglig uddannelse har du afslutter?/What training have you completed?

Ingen afsluttet uddannelse (gælder både hvis du ikke er begyndt på en uddannelse eller er igang med en uddannelse)/**No completed training (or if you have not started an education or are working on an education)**

Uddannelse afbrudt/ **Gap year (education interruption)**

Faglært/EFG/ **Skilled worker**

Kort uddannelse (1-2 år)/ **Short training (1-2 years)**

Mellemlang uddannelse (3-4 år)/ **Medium training (3-4 years)**

Akademisk/lang vidergående uddannelse/ **Academic higher education**

Anden/**Other**

Hvis Anden, angiv da hvilken/ **If Other, please describe** _____

SPØRGSMÅL OM ALKOHOL/ QUESTIONS ON ALCOHOL

De følgende spørgsmål handler om dit alkohlforbrug *før* og *under* graviditeten. Spørgsmålene er delt op på øl, vin og spiritus. De drejer sig om, hvor meget du i gennemsnit drikker *om ugen*/The following questions are about your alcohol consumption *before* and *during* pregnancy. The questions are divided on beer, wine and spirits. They are about how much you drink *on average per week*.

3.1 Hvor mange øl drak du i gennemsnit om ugen *før* du blev gravid?/ **How many beers did you drink on average per week before you got pregnant?**

Antal stærke øl/No. of strong beer __

Antal alm. øl/ No. of ordinary beer __

Antal lyse øl/No. of light beer __

Antal alkoholfrie øl/ No. of alcohol free beer __

Mindre end 1 øl om ugen/ Less than 1 beer per week

Drak aldrig øl/ Didn't drink beer

3.2 Hvor mange øl drikker du *nu* i gennemsnit om ugen?/
How many drinks of beer do you drink now on average per week?

Antal stærke øl/No. of strong beer __

Antal alm. øl/ No. of ordinary beer __

Antal lyse øl/No. of light beer __

Antal alkoholfrie øl/ No. of alcohol free beer __

Mindre end 1 øl om ugen/ Less than 1 beer per week

Drikker aldrig øl/ Don't drink beer

3.3 Hvor mange glas vin drak du i gennemsnit om ugen *før* du blev gravid?/ **How many glasses of wine did you drink on average per week before you got pregnant?**

Antal glas vin/No. of glasses of wine __

Antal glas alkoholfri vin/Number of glasses of alcohol-free wine __

Mindre end 1 glas om ugen/Less than 1 glass per week

Drak aldrig vin /Didn't drink wine

3.4 Drak du overvejende rødvin eller hvidvin/rosévin?/ **Did you drink predominantly red wine or white/rosé wine?**

Rødvin/Red wine

Hvidvin/rosévin/White wine/rosé wine

3.5 Hvor mange glas vin drikker du *nu* i gennemsnit om ugen?/How many glasses of wine do you drink now on average per week?

Antal glas vin/No. of glasses of wine __

Antal glas alkoholfri vin/Number of glasses of alcohol-free wine __

Mindre end 1 glas om ugen/Less than 1 glass per week

Drikker aldrig vin /Don't drink wine

3.6 Drikker du overvejende rødvin eller hvidvin/rosévin?/ **Do you drink predominantly red wine or white/rosé wine?**

Rødvin/Red wine

Hvidvin/rosévin/White wine/rosé wine

3.7 Hvor mange glas spiritus (fx. Vodka og gin) eller hedvin (fx. Martini og portvin) drak du i gennemsnit om ugen *før* du blev gravid?/ **How many glasses of spirits (e.g. vodka or gin) or liquor (e.g. martini or port) did you drink on average per week before you were pregnant?**

Antal glas spiritus/No. of glasses of spirits __

Antal glas hedvin/Number of glasses of liquor __

Mindre end 1 glas om ugen/Less than 1 glass per week

Drak aldrig spiritus/hedvin /Didn't drink spirits or liquor

3.8 Hvor mange glas spiritus drikker du *nu* i gennemsnit om ugen?/ **How many glasses of spirits do you drink on average per week now?**

Antal glas spiritus/No. of glasses of spirits __

Antal glas hedvin/Number of glasses of liquor __

Mindre end 1 glas om ugen/Less than 1 glass per week

Drikker aldrig spiritus/hedvin /Don't drink spirits or liquor

3.9 Dette spørgsmål gælder hele din graviditet, også de første uger, før du vidste du var gravid. Hvor mange gange har du drukket 5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed?/**This question applies throughout your pregnancy, even before you knew you were pregnant (the first few weeks). How many times have you been drinking 5 drinks or more on one occasion?**

Antal gange/**No. of times** _ _

Ingen/**Never**

Husker ikke/ved ikke/ **Don't remember/Do not know**

3.10 Hvor langt var du henne i graviditeten ved disse lejligheder?/**How far pregnant were you on these occasions?**

Sæt kryds ved den eller de uger, hvor du drak 5 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed/**Tick the weeks when you drank 5 drinks or more on one occasion.** Uge 1 starter ved den første dag i din sidste menstruation/ **Week 1 starts on the first day of your LMP.**

Uge/**Week**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

- 3.11** Hvor mange genstande drak din partner/mand i gennemsnit om ugen *før* du blev gravid?/**How many drinks on average a week did your partner/husband drink before you were pregnant?**
 Antal genstande/**No. of drinks** _ _
 Drak aldrig alcohol/**Never drank alcohol**
 Ved ikke/**Don't know**
- 3.12** Hvor mange genstande drikker din partner/mand *nu* i gennemsnit om ugen?/**How many drinks does your partner/husband drink on average per week now that you are pregnant?**
 Antal genstande/**No. of drinks** _ _
 Drikker aldrig alcohol/**Never drank alcohol**
 Ved ikke/**Don't know**
- 3.13** Dette spørgsmål gælder hele din graviditet, også de første uger før du vidste du var gravid. Hvor mange gange har du drukket 3 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed?/**This question applies throughout your pregnancy, even before you knew you were pregnant (the first few weeks). How many times have you been drinking 3 drinks or more on one occasion?**
 Antal gange/**No. of times** _ _
 Ingen/**Never**
 Husker ikke/ved ikke/ **Don't remember/Do not know**

3.14 Hvor langt var du henne i graviditeten ved disse
lejligheder?/**How far pregnant were you on these
occasions?**

Sæt kryds ved den eller de uger, hvor du drak 3 genstande
eller mere ved en enkelt lejlighed/**Tick the weeks when
you drank 5 drinks or more on one occasion.** Uge 1
starter ved den første dag i din sidste menstruation/**Week
1 starts on the first day of your LMP.**

Uge/**Week**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20