

PARDI-AR-Q: Foreldre/foresatte 4+

Følgende spørsmål handler om spisingen til barnet ditt. Noen handler om hvordan ting er nå, andre handler om hvordan ting har vært den siste måneden eller de tre siste månedene. Kryss av i boksene slik at det stemmer for ditt barn, eller fyll ut informasjonen det etterspørres. **Vennligst les hvert spørsmål nøye og svar på alle spørsmålene. Takk!**

1. Fyll inn dagens dato: ____/____/____ (dag/måned/år)
2. Fyll inn ditt barns fødselsdato: ____/____/____ (dag/måned/år)
3. Er ditt barn? Mann/Gutt Kvinne/Jente Annet _____
4. Hvor høyt er ditt barn? (angi i tall): meter cm
5. Hvor mye veier ditt barn? (angi i tall): kg
6. Tror du at ditt barn har et problem med spising, som innebærer unngåelse eller begrensning av mat eller spising generelt? Ja Nei
7. Har andre (f.eks. leger, familiemedlemmer eller andre nærstående) sagt at ditt barn har spiseproblemer, som innebærer unngåelse eller begrensning av mat eller spising generelt? Ja Nei
8. Har ditt barns matvaner resultert i problemer med å opprettholde en tilstrekkelig vekt eller, hvis ditt barn fortsatt vokser, problemer med å gå tilstrekkelig opp i vekt til å følge vekstkurven sin? Ja Nei
9. Har ditt barn gått ned i vekt på grunn av sine matvaner (med andre ord, hvis ditt barn har gått ned i vekt, er dette på grunn av unngåelse eller begrensning av mat og ikke på grunn av en medisinsk sykdom eller annen grunn? Ja Nei
10. Hvis ja på #9 ovenfor, hvor mye har ditt barn gått ned i løpet av de siste 3 måneder? (angi i tall): kg **ELLER** ingen vektnedgang i løpet av de siste 3 måneder
11. Har andre (f.eks. leger, familiemedlemmer) vært bekymret over ditt barns vektnedgang, eller over at ditt barn har problemer med å gå tilstrekkelig opp i vekt til å vokse, eller over at ditt barn har problemer å holde vekten sin på grunn av matvanene sine? Ja Nei
12. Har andre (f.eks. leger, familiemedlemmer) vært bekymret over at ditt barn ikke vokser som forventet på grunn av sine matvaner? Ja Nei Mitt barn er ferdig med å vokse
13. Har du noen gang blitt fortalt **av noen i helsevesenet** at ditt barn, på grunn av matvanene sine, ikke vokser som forventet, eller var kortere enn sin forventede høyde? Ja Nei
14. Har **noen i helsevesenet** i løpet av den siste måneden sagt at ditt barn har en ernæringsmangel på grunn av matvanene sine (f.eks. jernmangel, vitamin B12-mangel, C-vitaminmangel)? Ja Nei

15. Har **noen i helsevesenet** i løpet av den siste måneden **forskrevet** kosttilskudd (f. eks. tabletter, kapsler, pulver eller drikker som inneholder vitaminer og/eller mineraler og andre mikro-næringsstoffer) **for å forbedre ditt barns næringsverdier**? Ja Nei

16. Hvis ja på #15 ovenfor, hva har blitt forskrevet og hvor mye tar ditt barn per dag?

17. I løpet av den siste måneden, har **noen i helsevesenet forskrevet** næringstilskudd (f. eks. næringsdrikker eller «shots» eller dessertliknende produkter med høyt kaloriinnhold) **for å hjelpe barnet ditt å holde eller øke vekten sin**? Ja Nei

18. Hvis ja på #17 ovenfor, hva har blitt forskrevet og hvor mye tar ditt barn per dag?

19. Får ditt barn for tiden sondeernæring (det vil si, får mat eller væske via en slange gjennom nesens til magesekk)? Ja Nei

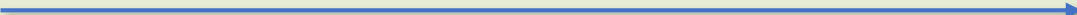
20. Hvis ja på #19 ovenfor, Hva er navnet på **maten eller væskeproduktet som inntas via sonde** og hvor mye tar ditt barn per dag?

21. Fører ditt barns spising til vansker i dagliglivet – dvs. hvordan klarer ditt barn å gjøre ting hver dag? Det kan være i skolen/på universitetet/jobb eller hjemme. Ja Nei

22. Fører ditt barns spising til vansker i samspill med andre personer (f.eks. motsetninger eller krangel med foreldre, søsken, andre nærstående), eller problemer med å starte nye eller opprettholde eksisterende vennskap eller andre relasjoner?

Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende hvor vanskelig **samspill med andre personer** er for barnet ditt på grunn av spising, fra 0 (=ingen problemer) til 6 (=ekstremt vanskelig)

0 1 2 3 4 5 6



23. Gjør ditt barns spising det vanskelig i sosiale situasjoner, for eksempel er det vanskelig for ditt barn å gå ut med venner, å spise på skolen, på universitetet/på jobb eller å være hjemmefra?

Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende hvor vanskelig **sosiale situasjoner** er for ditt barn på grunn av sin spising, fra 0 (=ingen problemer) til 6 (=ekstremt vanskelig/forsøker å unngå alle sosiale situasjoner)

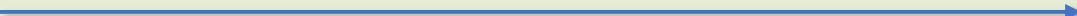
0 1 2 3 4 5 6



24. Har barnet ditt i løpet av den siste måneden vært spesielt følsomt for smaksvariasjoner (f.eks. legger merke til små forskjeller i hvordan maten smaker), som har ført til at ditt barn har avstått fra å spise bestemte matvarer eller prøve ny mat?

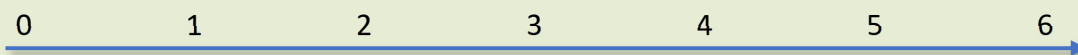
Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende hvor mye **følsomheten for smak** har påvirket ditt barns spising, fra 0 (=ingen negativ påvirkning/ingen spesiell følsomhet for smak) til 6 (=ekstremt negativ påvirkning, som fører til f.eks. at ditt barn unngår mange matvarer, at ditt barn holder seg til et begrenset antall matvarer eller spiser med ekstrem forsiktighet)

0 1 2 3 4 5 6



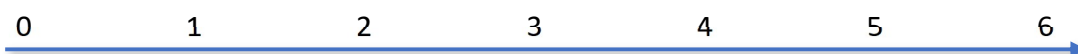
25. Har barnet ditt i løpet av den siste måneden vært spesielt følsomt for formen eller konsistensen på maten, noe som har ført til at barnet ditt har avstått fra å spise visse matvarer eller prøve ny mat (f.eks. holder seg barnet ditt til mat med en bestemt tekstur eller har det hatt problemer med å spise mat som har flere, blandete teksturer som pasta med saus eller smørbrød)?

Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende i hvilken grad **følsomhet for tekstur eller konsistens** har påvirket ditt barns spising, fra 0 (=ingen negativ påvirkning/ingen spesiell følsomhet) til 6 (=ekstremt negativ påvirkning, f.eks. fører til at barnet ditt unngår mange matvarer, holder seg til et begrenset antall matvarer eller spiser med ekstrem forsiktighet)



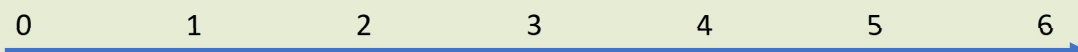
26. Har barnet ditt i løpet av den siste måneden vært spesielt følsomt for utseendet til mat, noe som har ført til at det har avstått fra å spise visse matvarer eller prøve ny mat (f.eks. hvis maten ikke ser «riktig» som pommefrites med brente kanter eller knuste kjeks, eller hvis maten har «feil»)?

Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende i hvilken grad **følsomhet for utseende til mat** har påvirket ditt barns spising, fra 0 (=ingen negativ påvirkning/ingen spesiell følsomhet) til 6 (=ekstremt negativ påvirkning, f.eks. fører til at barnet ditt unngår mange matvarer, holder seg til et begrenset antall matvarer eller spiser med ekstrem forsiktighet)



27. Hvor ofte i løpet av den siste måneden har barnet ditt glemt å spise eller har hatt problemer med å ta seg tid til å spise?

Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende hvor ofte barnet ditt har **glemt å spise eller hatt problemer med å ta seg tid til å spise**, fra 0 (=aldri) til 6 (=alltid)



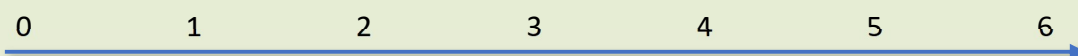
28. Hvor ofte i løpet av den siste måneden har barnet ditt opplevd manglende nytelse i forhold til mat eller spising (selv om det gjelder bare visse matvarer)?

Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende hvor ofte barnet ditt har **manglet nytelse i relasjon til mat eller spising**, fra 0 (=aldri) til 6 (=alltid)



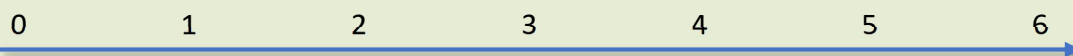
29. Hvor ofte i løpet av den sisten måneden har barnet ditt følt seg mett før porsjonen ble spist opp, eller sluttet å spise tidligere enn andre fordi barnet har spist nok?

Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende hvor ofte barnet ditt har **følt seg mett eller sluttet å spise tidligere enn andre**, fra 0 (=aldri) til 6 (=alltid)



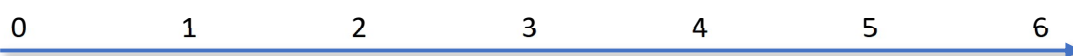
- 30.** Har barnet ditt i løpet av den siste måneden unngått eller begrenset mengde eller type mat det spiser fordi det var redd for at noe ubehagelig kunne skje, for eksempel oppkast, kvalning, allergisk reaksjon eller smerte?

Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende hvor ofte **redsel for at noe ubehagelig kunne skje** har påvirket ditt barns spising, fra 0 (=aldri) til 6 (=alltid)



- 31.** Har barnet ditt i løpet av den siste måneden unngått spisesituasjoner fordi det var bekymret for at noe ubehagelig kunne skje, for eksempel oppkast, kvalning, allergisk reaksjon eller smerter i forbindelse med spising (f.eks. fordi det kan bli servert noe barnet ditt vanligvis unngår på grunn av disse årsakene, eller på grunn av en tidligere negativ opplevelse)?

Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende hvor ofte barnet ditt har **unngått spisesituasjoner** på grunn av slik redsel, fra 0 (=aldri) til 6 (=alltid)



- 32.** Har barnet ditt i løpet av den siste måneden opplevd noen fysiske panikk- eller angstsymptomer (f.eks. hjertebank, svette hender, kvalme) når det så noe som minnet barnet ditt på at noe ubehagelig kan skje, for eksempel oppkast, kvalning, få en allergisk reaksjon eller oppleve smerte i forbindelse med spising?

Sett ring rundt et tall på linjen under tilsvarende hvor ofte barnet ditt har **opplevd kroppslige følelser av panikk eller angst** på grunn av slike tanker, fra 0 (=aldri) til 6 (=alltid)



TAKK!