

**PARDI-AR-Q: Förälder/vårdnadshavare 4+**

Följande frågor handlar om ditt barns ätande. En del handlar om hur saker är nu, andra handlar om hur saker har varit under den senaste månaden eller de senaste tre månaderna. Kryssa i rutorna så att det stämmer in på ditt barn, eller fyll i informationen som efterfrågas. **Vänligen läs varje fråga noggrant och svara på alla frågor. Tack!**

1. Fyll i dagens datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dag/månad/år)
2. Fyll i ditt barns födelsedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dag/månad/år)
3. Är ditt barn? Man/Pojke  Kvinna/Flicka  Annat  \_\_\_\_\_
4. Hur lång är ditt barn? (ange i siffror): meter  cm
5. Hur mycket väger ditt barn? (ange i siffror): kg
6. Tror du att ditt barn har ett problem med ätandet, som innebär undvikande eller begränsande av mat eller ätandet överlag? Ja  Nej
7. Har andra personer (t.ex. läkare, familjemedlemmar, andra närstående) sagt att ditt barn har problem med ätandet, som innebär undvikande eller begränsande av mat eller ätandet överlag? Ja  Nej
8. Har ditt barns matvanor resulterat i svårigheter att upprätthålla en tillräcklig vikt eller, om ditt barn fortfarande växer, svårigheter att gå upp tillräckligt i vikt för att följa sin tillväxtkurva? Ja  Nej
9. Har ditt barn gått ner i vikt på grund av sina matvanor (med andra ord, om ditt barn har gått ner i vikt, beror detta på undvikande eller begränsande av mat och inte på en medicinsk sjukdom eller annan orsak)? Ja  Nej
10. Om ja på #9 ovan, hur mycket har ditt barn gått ner under de senaste 3 månaderna? (ange i siffror): kg  **ELLER** ingen viktnedgång under de senaste 3 månaderna
11. Har andra (t.ex. läkare, familjemedlemmar) varit bekymrade över ditt barns viktnedgång, eller över att ditt barn har svårt att gå upp tillräckligt i vikt för att växa, eller över att ditt barn har svårt att bibehålla sin vikt på grund av sina matvanor? Ja  Nej
12. Har andra (t.ex. läkare, familjemedlemmar) varit bekymrade över att ditt barn inte växer som förväntat på grund av sina matvanor? Ja  Nej  Mitt barn har växt klart
13. Har du någonsin fått veta av **någon inom vården** att ditt barn, på grund av sina matvanor, inte växer som förväntat, eller var kortare än sin förväntade längd? Ja  Nej
14. Under den senaste månaden, har **någon inom vården** sagt att ditt barn har en näringsbrist på grund av sina matvanor (t.ex. järnbrist, vitamin B12-brist, C-vitaminbrist)? Ja  Nej

15. Under den senaste månaden, har **någon inom vården ordinerat** näringstillskott (t.ex. tabletter, kapslar, pulver eller drycker innehållandes vitaminer och/eller mineraler och andra mikro-nutrientier) i **syfte att förbättra ditt barns näringsvärden?** Ja  Nej

16. Om ja på #15 ovan, vad har ordinerats och hur mycket tar ditt barn per dag?

---

17. Under den senaste månaden, har **någon inom vården ordinerat** näringstillskott (t.ex. näringsdrycker eller "shots", eller dessert liknande tillskott med högt kaloriinnehåll) i **syfte att hjälpa ditt barn att bibehålla eller öka i vikt?** Ja  Nej

18. Om ja på #17 ovan, vad har ordinerats och hur mycket tar ditt barn per dag?

---

19. Får ditt barn i nuläget någon sondmatning (det vill säga, får mat eller vätska via en slang i näsan eller in i magen)? Ja  Nej

20. Om ja på #19 ovan, vad är namnet på **maten eller vätskeprodukten som intas via sonden** och hur mycket tar ditt barn per dag?

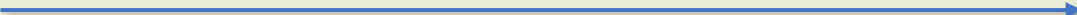
---

21. Orsakar ditt barns ätande svårigheter i det dagliga livet – dvs. hur ditt barn tar sig an och klarar av vardagliga saker? Det kan vara i skolan/på universitetet/jobbet eller hemma. Ja  Nej

22. Orsakar ditt barns ätande svårigheter i samspel med andra personer (t.ex. motsättningar eller gräl med föräldrar, syskon, andra närstående), eller svårigheter att påbörja nya eller upprätthålla befintliga vänskapsrelationer eller andra nära relationer?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar hur svårt **samspel med andra personer** är för ditt barn på grund av sitt ätande, från 0 (=ingen svårighet) till 6 (=extremt svårt)

0 1 2 3 4 5 6



23. Orsakar ditt barns ätande svårigheter i sociala situationer, till exempel är det svårt för ditt barn att umgås med vänner, att äta i skolan/på universitetet, eller att vara hemifrån?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar hur svåra **sociala situationer** är för ditt barn på grund av sitt ätande, från 0 (=ingen svårighet) till 6 (=extremt svåra/försöker undvika alla sociala situationer)

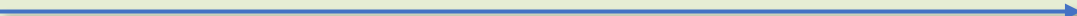
0 1 2 3 4 5 6



24. Under den senaste månaden, har ditt barn varit särskilt känslig för variation i smak (t.ex. lägger märke till små skillnader i hur maten smakar), som har gjort att ditt barn avstått från att äta viss mat eller testa ny mat?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar hur mycket **känslighet för smak** har påverkat ditt barns ätande, från 0 (=ingen negativ påverkan/ingen särskild känslighet för smak) till 6 (=extremt negativ påverkan, t.ex. leder till avvisande av många maträtter/-produkter, håller sig till ett begränsat antal maträtter/-produkter, eller äter med extrem försiktighet)

0 1 2 3 4 5 6



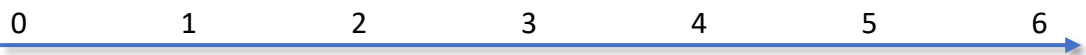
25. Under den senaste månaden, har ditt barn varit särskilt känslig för matens form eller konsistens, som har gjort att ditt barn avstått från att äta viss mat eller testa ny mat (t.ex. håller sig ditt barn enbart till mat med en viss textur eller har haft svårigheter att äta mat som har flera, ihopblandade texturer såsom pasta med sås eller smörgåsar)?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar till vilken grad **känslighet för textur eller konsistens** har påverkat ditt barns ätande, från 0 (=ingen negativ påverkan/ingen särskild känslighet) till 6 (=extremt negativ påverkan, t.ex. leder till avvisande av många maträtter/-produkter, håller sig till ett begränsat antal maträtter/-produkter, eller äter med extrem försiktighet)



26. Under den senaste månaden, har ditt barn varit särskilt känslig för matens utseende, som har gjort att ditt barn avstått från att äta viss mat eller testa ny mat (t.ex. om maten har "fel" färg eller inte ser "rätt" ut, såsom chips/pommes frites med brända kanter eller trasiga kakor/kex)?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar till vilken grad **känslighet för utseendet på mat** har påverkat ditt barns ätande, från 0 (=ingen negativ påverkan/ingen särskild känslighet) till 6 (=extremt negativ påverkan, t.ex. leder till avvisande av många maträtter/-produkter, håller sig till ett begränsat antal maträtter/-produkter, eller äter med extrem försiktighet)



27. Under den senaste månaden, hur ofta har ditt barn glömt att äta eller haft svårt att ta sig tid att äta?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar hur ofta ditt barn har **glömt att äta eller haft svårt att ta sig tid att äta**, från 0 (=aldrig) till 6 (=alltid)



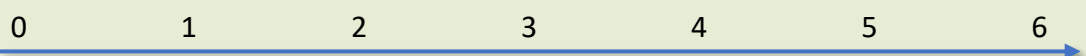
28. Under den senaste månaden, hur ofta tycks ditt barn ha saknat njutning i relation till mat eller ätande (även om det bara gäller för viss mat)?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar hur ofta ditt barn har **saknat njutning i relation till mat eller ätande**, från 0 (=aldrig) till 6 (=alltid)



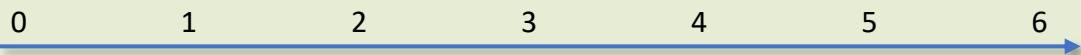
29. Under den senaste månaden, hur ofta har ditt barn känt sig mätt innan portionen varit uppäten, eller känt sig färdig och slutat äta tidigare än övriga?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar hur ofta ditt barn har **känt sig mätt eller slutat äta tidigare än övriga**, från 0 (=aldrig) till 6 (=alltid)



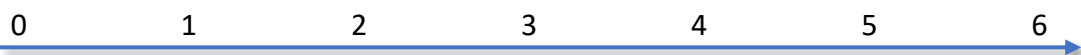
- 30.** Under den senaste månaden, har ditt barn undvikit eller begränsat mängd eller typ av mat på grund av rädsla att något obehagligt skulle kunna hända, som att kräkas, sätta i halsen, få en allergisk reaktion eller uppleva smärta?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar hur ofta **rädsla för att något obehagligt skulle kunna hända** har påverkat ditt barns ätande, från 0 (=aldrig) till 6 (=alltid)



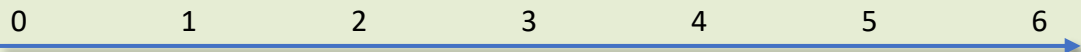
- 31.** Under den senaste månaden, har ditt barn undvikit matsituationer på grund av oro för att något obehagligt skulle kunna hända, som att kräkas, sätta i halsen, få en allergisk reaktion eller uppleva smärta i samband med ätande (t.ex. för att det skulle kunna serveras något som ditt barn vanligtvis undviker av dessa anledningar, eller på grund av en tidigare negativ upplevelse)?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar hur ofta ditt barn har **undvikit matsituationer** på grund av sådan oro, från 0 (=aldrig) till 6 (=alltid)



- 32.** Under den senaste månaden, har ditt barn uttryckt några fysiska panik- eller ångestsymtom (t.ex. hjärtklappning, handsvett, illamående) vid synen av något som har påmint om att något obehagligt kan hända, som att kräkas, sätta i halsen, få en allergisk reaktion eller uppleva smärta i samband med ätande?

Ringa in en siffra på linjen nedan som motsvarar hur ofta ditt barn har **upplevt fysiska panik- eller ångestkänslor** på grund av sådana tankar, från 0 (=aldrig) till 6 (=alltid)



**TACK!**