



ΓΕΩΠΟΝΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ
ΜΟΝΑΔΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ
Ιερά Οδός 75, 11855 Αθήνα, Τηλ: 210 5294945

Αγαπητέ γονέα / κηδεμόνα,

Η Μονάδα Διατροφής του Ανθρώπου του Τμήματος Επιστήμης και Τεχνολογίας Τροφίμων του Γεωπονικού Πανεπιστημίου Αθηνών με την άδεια του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και την υποστήριξη της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή και άλλων φορέων έχουν ξεκινήσει μία Πανελλήνια Έρευνα με τίτλο: «**Εκτίμηση επιπέδων και αιτιολογίας παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα**», που έχει την έγκριση του Παιδαγωγικού Ινστιτούτου.

Στα πλαίσια αυτής της έρευνας διανέμεται στο σχολείο του παιδιού σας ερωτηματολόγιο, το οποίο εκτιμά τις διατροφικές συνήθειες, την σωματική δραστηριότητα και την διατροφική συμπεριφορά των μαθητών. Με την παρούσα επιστολή θα σας παρακαλούσαμε να δώσετε τη συναίνεσή σας, ώστε το παιδί σας να απαντήσει στο προαναφερόμενο ερωτηματολόγιο. Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι τα στοιχεία είναι απόρρητα και θα μας βοηθήσουν στην προαγωγή της επιστημονικής γνώσης στο χώρο της Υγείας και της διατροφής ειδικότερα. Παράλληλα, παρακαλούμε να απαντήσετε κι εσείς στο επισυναπτόμενο ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στους γονείς. Τα στοιχεία που θα μας δώσετε θα διευκολύνουν την ορθότερη εξαγωγή συμπερασμάτων.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Ο Επιστημονικός Υπεύθυνος

Αντώνης Ζαμπέλας
Αναπληρωτής Καθηγητής

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/-η

.....του..... δηλώνω
ότι επιτρέπω στον/-ην υιό/θυγατέρα μου..... να απαντήσει στο
ερωτηματολόγιο, που διανέμεται στο σχολείο του, για τις ανάγκες της έρευνας με τίτλο «**Εκτίμηση
επιπέδων και αιτιολογίας παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας στην Ελλάδα**».

Ημερομηνία:.../.../.....

Τόπος:.....

Υπογραφή:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΟΝΕΩΝ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: __/__/__					ΚΩΔΙΚΟΣ:					
Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από: Μητέρα <input type="checkbox"/> Πατέρα <input type="checkbox"/> Τους 2 γονείς <input type="checkbox"/>										
A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΟΝΕΩΝ										
1.Υψηκότητα πατέρα:					2.Υψηκότητα Μητέρας:					
3. Ηλικία πατέρα:		4. Βάρος πατέρα (κιλά):		5.Υψος πατέρα (εκατοστά):						
6. Ηλικία μητέρας:		7. Βάρος μητέρας (κιλά):		8.Υψος μητέρας (εκατοστά):						
9.Τόπος κατοικίας πατέρα:			Νομός:		Πόλη:			Τ.Κ:		
10.Τόπος κατοικίας μητέρας:			Νομός:		Πόλη:			Τ.Κ:		
B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΓΟΝΕΩΝ										
1. Επάγγελμα πατέρα:			2. Περιγράψτε το είδος εργασίας του πατέρα σημειώνοντας ένα μόνο νούμερο στην παρακάτω κλίμακα:					3. Εισόδημα πατέρα:		
1. Άνεργος <input type="checkbox"/>			Χειρωνακτική		Μεικτή			Πνευματική		
2. Ελεύθ. Επαγγελματίας <input type="checkbox"/>			1		2		3		4	
3. Ιδιωτ. Υπάλληλος <input type="checkbox"/>			□		□		□		□	
4. Δημ. Υπάλληλος <input type="checkbox"/>			□		□		□		□	
5. Συνταξιούχος <input type="checkbox"/>			□		□		□		□	
2. <10500€ <input type="checkbox"/>			2. 10500-12000 € <input type="checkbox"/>			3. 12000-30000 € <input type="checkbox"/>			4. 30000-70000€ <input type="checkbox"/>	
3. 12000-30000 € <input type="checkbox"/>			4. 30000-70000€ <input type="checkbox"/>			5. Άνω των 70000€ <input type="checkbox"/>				
4. 30000-70000€ <input type="checkbox"/>			5. Άνω των 70000€ <input type="checkbox"/>							
5. Άνω των 70000€ <input type="checkbox"/>										
4. Επάγγελμα μητέρας:			5. Περιγράψτε το είδος εργασίας της μητέρα σημειώνοντας ένα μόνο νούμερο στην παρακάτω κλίμακα:					6. Εισόδημα μητέρας:		
1. Άνεργη <input type="checkbox"/>			Χειρωνακτική		Μεικτή			Πνευματική		
2. Οικιακά <input type="checkbox"/>			1		2		3		4	
3. Ελεύθ. Επαγγελματίας <input type="checkbox"/>			□		□		□		□	
4. Ιδιωτ. Υπάλληλος <input type="checkbox"/>			□		□		□		□	
5. Δημ. Υπάλληλος <input type="checkbox"/>			□		□		□		□	
6. Συνταξιούχος <input type="checkbox"/>			□		□		□		□	
1. <10500€ <input type="checkbox"/>			2. 10500-12000 € <input type="checkbox"/>			3. 12000-30000 € <input type="checkbox"/>			4. 30000-70000€ <input type="checkbox"/>	
2. 10500-12000 € <input type="checkbox"/>			3. 12000-30000 € <input type="checkbox"/>			4. 30000-70000€ <input type="checkbox"/>			5. Άνω των 70000€ <input type="checkbox"/>	
3. 12000-30000 € <input type="checkbox"/>			4. 30000-70000€ <input type="checkbox"/>			5. Άνω των 70000€ <input type="checkbox"/>				
4. 30000-70000€ <input type="checkbox"/>			5. Άνω των 70000€ <input type="checkbox"/>							
5. Άνω των 70000€ <input type="checkbox"/>										
7. Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο ικανοποιημένος είναι ο πατέρας από το εισόδημά του;					8. Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα πόσο ικανοποιημένη είναι η μητέρα από το εισόδημά της;					
1. Καθόλου <input type="checkbox"/>	2. Λίγο <input type="checkbox"/>	3. Μέτρια <input type="checkbox"/>	4. Πολύ <input type="checkbox"/>	5. Πάρα πολύ <input type="checkbox"/>	1. Καθόλου <input type="checkbox"/>	2. Λίγο <input type="checkbox"/>	3. Μέτρια <input type="checkbox"/>	4. Πολύ <input type="checkbox"/>	5. Πάρα πολύ <input type="checkbox"/>	
9. Συνολικά έτη σπουδών πατέρα (Συνυπολογίστε τις σπουδές σας από το δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, ΑΤΕΙ, Πανεπιστήμιο, επιμορφώσεις, μεταπτυχιακά):					10. Συνολικά έτη σπουδών μητέρας (Συνυπολογίστε τις σπουδές σας από το δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, ΑΤΕΙ, Πανεπιστήμιο, επιμορφώσεις, μεταπτυχιακά):					
11. Η κατοικία σας είναι ιδιόκτητη;			1.ΝΑΙ <input type="checkbox"/>		0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>					

Γ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

1. Βάρος μητέρας πριν την εγκυμοσύνη (κιλά):						2. Αύξηση βάρους κατά την εγκυμοσύνη (κιλά):					
3. Εβδομάδες κύησης:						4. Ηλικία μητέρας κατά τον τοκετό					
5. Κάπνισμα κατά την εγκυμοσύνη:						6. Κάπνισμα πριν την εγκυμοσύνη:					
0. Όχι <input type="checkbox"/>						0. Όχι <input type="checkbox"/>					
1. 1-9 τσιγάρα / ημέρα <input type="checkbox"/>						1. 1-9 τσιγάρα / ημέρα <input type="checkbox"/>					
2. 10-20 τσιγάρα / ημέρα <input type="checkbox"/>						2. 10-20 τσιγάρα / ημέρα <input type="checkbox"/>					
3. 20 ή περισσότερα τσιγάρα/ημέρα <input type="checkbox"/>						3. 20 ή περισσότερα τσιγάρα / ημέρα <input type="checkbox"/>					
7. Κατανάλωση αλκοόλ κατά την εγκυμοσύνη (ημερησίως):						8. Κατανάλωση καφέ κατά την εγκυμοσύνη (ημερησίως):					
0. Καθόλου <input type="checkbox"/>						0. Καθόλου <input type="checkbox"/>					
1. 1 μερίδα ποτού <input type="checkbox"/>						1. 1 φλιτζάνι καφέ <input type="checkbox"/>					
2. 2 ή περισσότερες μερίδες ποτών <input type="checkbox"/>						2. 2 ή περισσότερα φλιτζάνια καφέ <input type="checkbox"/>					
9. Βάρος γέννησης παιδιού (γραμμ.):						10. Ύψος γέννησης παιδιού (εκστ.):					

Δ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟΝ ΘΗΛΑΣΜΟ

1. Πόσους μήνες θήλασε συνολικά η μητέρα;						2. Πόσους μήνες θήλασε η μητέρα αποκλειστικά;					
3. Σε ποιο μήνα έγινε η εισαγωγή σκόνης γάλακτος:											
4. Κάπνισμα κατά τον θηλασμό:						5. Κατανάλωση αλκοόλ κατά τον θηλασμό (ημερησίως):					
0. Όχι <input type="checkbox"/>						0. κανένα ποτήρι <input type="checkbox"/>					
1. 1-9 τσιγάρα / ημέρα <input type="checkbox"/>						1. 1 ποτήρι <input type="checkbox"/>					
2. 10-20 τσιγάρα / ημέρα <input type="checkbox"/>						2. 2 ή περισσότερα ποτήρια <input type="checkbox"/>					
3. 20 ή περισσότερα τσιγάρα / ημέρα <input type="checkbox"/>											

Ε. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

<p>1. Σημειώστε ποιες ασχολείται περισσότερο με τη σίτιση-διατροφή του παιδιού στο σπίτι; Σημειώστε μόνο δύο (2) από τις πιθανές απαντήσεις, επιλέγοντας αυτούς που ασχολούνται περισσότερο.</p> <p>α. Μητέρα: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>β. Ο πατέρας: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>γ. Η γιαγιά/ο παππούς: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>δ. Βοηθητικό προσωπικό: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ε. Άλλος: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Σημειώστε παρακάτω κατά πόσο καλή/υγιεινή θεωρείτε τη διατροφή του παιδιού σας; (1: Καθόλου καλή/υγιεινή, 10: Πολύ καλή/υγιεινή).</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<p>3. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω τρόφιμα δεν αρέσουν στο παιδί σας και δεν τα καταναλώνει καθόλου ή τα καταναλώνει σπάνια:</p> <p>α. Φρούτα: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>β. Λαχανικά: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>γ. Οσπρία: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>δ. Τρόφιμα ολικής αλέσεως: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ε. Κρέας: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>στ. Ψάρι: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ζ. Γιαούρτι: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>η. Τυριά: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>θ. Γάλα: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>4. Σημειώστε ποια από τα παρακάτω τρόφιμα αρέσουν στο παιδί σας και τα καταναλώνει πολύ συχνά;</p> <p>α. Γλυκά (σοκολάτα, γκοφρέτες, παγωτά) 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>β. Λαχανικά 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>γ. Φρούτα 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>δ. Αλμυρά σνακ (πατατάκια, κράκερς, γαριδάκια) 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ε. Κρέας: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>στ. Ψάρι 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ζ. Γιαούρτι 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>η. Τυριά 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>θ. Γάλα 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ι. Αναψυκτικά: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>																				
<p>5. Πόσο συχνά βγαίνετε έξω για φαγητό ή παραγγέλνετε απ' έξω;</p> <p>1. Ποτέ <input type="checkbox"/></p> <p>2. 1-2 φορές το μήνα <input type="checkbox"/></p> <p>3. 3-4 φορές το μήνα <input type="checkbox"/></p> <p>4. 2 φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/></p> <p>5. 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα <input type="checkbox"/></p>	<p>6. Τι επιλέγεται συχνότερα όταν τρώτε εκτός σπιτιού ή παραγγέλνετε φαγητό απ' έξω; Σημειώστε μόνο δύο (2) από τις πιθανές απαντήσεις, αυτές που επιλέγεται συχνότερα.</p> <p>α. Κρεατικά: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>β. Σουβλάκια: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>γ. Πίτσα: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>δ. Ζυμαρικά: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ε. Ψάρι: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>στ. Θαλασσινά: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ζ. Fast Food: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>																				

<p>7. Πόσο συχνά κατά τη διάρκεια της εβδομάδας τρώει όλη η οικογένεια μαζί;</p> <p>1. Ποτέ <input type="checkbox"/></p> <p>2. 1-2 φορές /εβδομάδα <input type="checkbox"/></p> <p>3. 3-4 φορές /εβδομάδα <input type="checkbox"/></p> <p>4. 5-6 φορές /εβδομάδα <input type="checkbox"/></p> <p>5. Καθημερινά <input type="checkbox"/></p>	<p>8. Ποιο γεύμα της ημέρας τρώει συνήθως όλη η οικογένεια μαζί ;</p> <p>1. Κανένα <input type="checkbox"/></p> <p>2. Πρωινό <input type="checkbox"/></p> <p>3. Μεσημεριανό <input type="checkbox"/></p> <p>4. Βραδινό <input type="checkbox"/></p> <p>5. Όλα τα παραπάνω <input type="checkbox"/></p>	<p>9. Πόσο συχνά τρώει όλη η οικογένεια μαζί βλέποντας τηλεόραση;</p> <p>1. Ποτέ <input type="checkbox"/></p> <p>2. 1-2 φορές/εβδομ <input type="checkbox"/></p> <p>3. 3-4 φορές/εβδομ <input type="checkbox"/></p> <p>4. 5-6 φορές/εβδομ <input type="checkbox"/></p> <p>5. Καθημερινά <input type="checkbox"/></p>																																					
<p>10. Ποια πηγή πληροφόρησης για την διατροφή του παιδιού σας εμπιστεύεστε περισσότερο; Σημειώστε μόνο δύο (2) από τις πιθανές απαντήσεις, αυτές που εμπιστεύεστε περισσότερο</p> <p>α. ΜΜΕ (τηλεόραση, ραδιόφωνο, έντυπος τύπος) 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>β. Παιδιάτρος ή άλλος επιστήμονας υγείας (π.χ. άλλοι ιατροί, διαιτολόγοι) 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>γ. Γονείς 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>δ. Συγγενείς, φίλοι 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ε. Άλλο (διευκρινίστε)</p>	<p>11. Αν θα μπορούσατε να αλλάξετε κάτι στην καθημερινή διατροφή του παιδιού σας τι θα ήταν αυτό; Ποια τρόφιμα/ ροφήματα θα μειώνατε και ποια θα αυξάνατε; Σημειώστε μόνο δύο (2) από τις πιθανές απαντήσεις, αυτές που θεωρείται σημαντικότερες.</p> <table border="1" data-bbox="685 533 1581 1024"> <thead> <tr> <th>Τρόφιμο</th> <th>Αύξηση</th> <th>Μείωση</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>α. Αμυλούχα-Δημητριακά (ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, πατάτες)</td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>β. Γαλακτοκομικά</td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>γ. Γλυκά</td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>δ. Αναψυκτικά</td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ε. Χυμούς</td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>στ. Λίπη και έλαια</td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ζ. Κόκκινο κρέας (μοσχάρι, χοιρινό, αρνί, σουκότι)</td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>η. Αυγά</td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>θ. Λαχανικά</td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ι. Φρούτα</td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> <td>1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>κ. Άλλο (διευκρινίστε)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>			Τρόφιμο	Αύξηση	Μείωση	α. Αμυλούχα-Δημητριακά (ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, πατάτες)	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	β. Γαλακτοκομικά	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	γ. Γλυκά	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	δ. Αναψυκτικά	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ε. Χυμούς	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	στ. Λίπη και έλαια	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ζ. Κόκκινο κρέας (μοσχάρι, χοιρινό, αρνί, σουκότι)	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	η. Αυγά	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	θ. Λαχανικά	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	ι. Φρούτα	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	κ. Άλλο (διευκρινίστε)
Τρόφιμο	Αύξηση	Μείωση																																					
α. Αμυλούχα-Δημητριακά (ψωμί, μακαρόνια, ρύζι, πατάτες)	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																																					
β. Γαλακτοκομικά	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																																					
γ. Γλυκά	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																																					
δ. Αναψυκτικά	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																																					
ε. Χυμούς	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																																					
στ. Λίπη και έλαια	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																																					
ζ. Κόκκινο κρέας (μοσχάρι, χοιρινό, αρνί, σουκότι)	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																																					
η. Αυγά	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																																					
θ. Λαχανικά	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																																					
ι. Φρούτα	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/>																																					
κ. Άλλο (διευκρινίστε)																																					
<p>12. Δίνετε στο παιδί σας συστηματικά κάποιου είδους συμπλήρωμα διατροφής;</p> <p>α. Πολυβιταμίνες 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>β. Σίδηρο 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>γ. Βιταμίνη Ε 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>δ. Βιταμίνη C 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>ε. Βιταμίνες συμπλέγματος Β 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>στ. Άλλο (διευκρινίστε)</p>	<p>13. Θεωρείτε ότι το βάρος του παιδιού σας, για την ηλικία του είναι:</p> <p>1. Χαμηλότερο του φυσιολογικού <input type="checkbox"/></p> <p>2. Φυσιολογικό <input type="checkbox"/></p> <p>3. Αυξημένο <input type="checkbox"/></p>																																						
ΣΤ. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ																																							
<p>1. Πως θα χαρακτηρίζατε την καθημερινή σωματική δραστηριότητα (άσκηση) του παιδιού σας;</p> <p>1. Πολύ χαμηλή <input type="checkbox"/></p> <p>2. Χαμηλή <input type="checkbox"/></p> <p>3. Κανονική-Ικανοποιητική <input type="checkbox"/></p> <p>4. Έντονη <input type="checkbox"/></p> <p>5. Πολύ έντονη <input type="checkbox"/></p>	<p>2. Συμπληρώστε πόσες ώρες συνολικά στον ελεύθερο χρόνο σας βλέπετε τηλεόραση/ DVD ή παίζετε ηλεκτρονικά παιχνίδια ή περιηγείστε στο ίντερνετ ;</p> <table border="1" data-bbox="891 1419 1581 1621"> <thead> <tr> <th></th> <th>Καθημερινές</th> <th>Σαββατοκύριακα</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Ο πατέρας</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>B. Η μητέρα</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>				Καθημερινές	Σαββατοκύριακα	A. Ο πατέρας	B. Η μητέρα																											
	Καθημερινές	Σαββατοκύριακα																																					
A. Ο πατέρας																																					
B. Η μητέρα																																					
<p>3. Στον ελεύθερο χρόνο σας κάνετε κάποιο είδος άσκησης όπως για παράδειγμα περίπατο με έντονο ρυθμό ή τρέξιμο (τζοκινγκ) για τουλάχιστον 30 λεπτά;</p> <p>A. Ο πατέρας: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>B. Η μητέρα: 1. ΝΑΙ <input type="checkbox"/> 0. ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>3.α. Εάν απαντήσατε <u>ΝΑΙ</u> στην ερώτηση 3, τότε πόσο συχνά μέσα στην εβδομάδα κάνετε αυτό το είδος άσκησης;</p> <table border="1" data-bbox="891 1705 1581 1772"> <thead> <tr> <th>1. 1 φορά</th> <th>2. 2-3 φορές</th> <th>3. 4-5 φορές</th> <th>4. 6 ή περισ.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			1. 1 φορά	2. 2-3 φορές	3. 4-5 φορές	4. 6 ή περισ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
1. 1 φορά	2. 2-3 φορές	3. 4-5 φορές	4. 6 ή περισ.																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
<p>3. β. Εάν απαντήσατε <u>ΝΑΙ</u> στην ερώτηση 3, τότε πόσο συχνά ασκείστε μαζί με όλη την οικογένεια ή με το παιδί σας;</p> <p>0. Ποτέ/Σπάνια <input type="checkbox"/> 1. Μερικές φορές <input type="checkbox"/> 2. Συχνά <input type="checkbox"/> 3. Πάντα <input type="checkbox"/></p>																																							

Η. ΠΑΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΓΟΝΕΑΣημείωσε ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ καταναλώνεις τα παρακάτω τρόφιμα τον τελευταίο μήνα:

Συχνότητα κατανάλωσης σε μερίδες / εβδομάδα

Δημητριακά ολικής άλεσης, πχ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι (1 φέτα ή 1 φλιτζάνι)	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
Πατάτες (1 μικρή)	Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
Φρούτα και χυμούς (1 μερίδα: Μικρά φρούτα κεράσια, φράουλες, σταφύλια - ½ φλ ή μεσαία φρούτα- μήλο, πορτοκάλι, αχλάδι - 1 μέτριο ή μεγάλα - πεπόνι, καρπούζι - 1 φέτα ή 1 ποτήρι χυμό)	Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
Λαχανικά και σαλάτες (1 φλ ωμά ή ½ φλ βρασμένα)	Ποτέ	1-6	7-12	13-20	21-32	>33
Όσπρια (1 φλιτζάνι)	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
Ψάρι και σούπες (120 γρ ή 1 πιάτο)	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
Κόκκινο κρέας και προϊόντα του (120 γρ)	≤1	2-3	4-5	6-7	8-10	>10
Πουλερικά (120 γρ)	≤3	4-5	5-6	7-8	9-10	>10
Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά (1 ποτήρι ή 1 κεσεδάκι ή 40 γρ τυρί)	≤10	11-15	16-20	21-28	29-30	>30
Ελαιόλαδο στην καθημερινή μαγειρική (1 κουτ σούπας)	Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	Καθημερινά
Αλκοολούχα ποτά (1 μερίδα ποτού: 120 ml κρασί ή 300 ml μπύρα ή 40 ml ουίσκι, βότκα, τζιν, ούζο)	<3	3	4	5	6	>7

Θ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΑΣΘΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΡΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ

1. Είχε ποτέ το παιδί σας στο παρελθόν «βράσιμο» ή σφύριγμα στο στήθος; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> <u>Αν απαντήσατε «όχι» παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 6</u>	2. Είχε το παιδί σας «βράσιμο» ή σφύριγμα στο στήθος τους τελευταίους 12 μήνες; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
3. Πόσα επεισόδια με «βράσιμο» ή σφύριγμα στο στήθος είχε το παιδί σας τους τελευταίους 12 μήνες; Κανένα <input type="checkbox"/> 1 έως 3 <input type="checkbox"/> 4 έως 12 <input type="checkbox"/> Περισσότερα από 12 <input type="checkbox"/>	4. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά, κατά μέσο όρο, ξόπνησε το παιδί σας από «βράσιμο» ή σφύριγμα στο στήθος; Ποτέ δεν ξόπνησε <input type="checkbox"/> Λιγότερο από μία νύχτα την εβδομάδα <input type="checkbox"/> Μια ή περισσότερες νύχτες την εβδομάδα <input type="checkbox"/>
5. Τους τελευταίους 12 μήνες, ήταν ποτέ τόσο σοβαρό το «βράσιμο» ή το σφύριγμα, ώστε να δυσκολεύεται να μιλήσει; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	6. Είχε ποτέ το παιδί σας άσθμα; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
7. Τους τελευταίους 12 μήνες, ακούστηκε «βράσιμο» ή «σφύριγμα» στο στήθος του παιδιού σας κατά τη διάρκεια ή μετά από άσκηση (τρέξιμο, παιχνίδι); ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>	8. Τους τελευταίους 12 μήνες, είχε ποτέ το παιδί σας ξηρό βήχα τη νύχτα, που δεν οφειλόταν σε κρυολόγημα ή λοίμωξη του αναπνευστικού; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
9. Είχε ποτέ το παιδί σας πρόβλημα με φτερνίσματα, συνάχι ή «βουλωμένη» μύτη, ενώ δεν ήταν κρυωμένο ή με γρίπη; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> <u>Αν απαντήσατε «όχι» παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 14</u>	10. Τους τελευταίους 12 μήνες, είχε ποτέ το παιδί σας πρόβλημα με φτερνίσματα, συνάχι ή «βουλωμένη» μύτη, ενώ δεν ήταν κρυωμένο ή με γρίπη; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>

<p>11. Τους τελευταίους 12 μήνες , μήπως μαζί με τα προβλήματα από τη μύτη υπήρχαν και συμπτώματα από τα μάτια όπως φαγούρα, κοκκινίλα, δάκρυα ;</p> <p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>12. Ποιο μήνα εμφανίστηκε αυτό το ρινικό πρόβλημα;</p> <p>ΙΑΝΟΥΑΡΙΟ <input type="checkbox"/> ΜΑΙΟ <input type="checkbox"/> ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟ <input type="checkbox"/> ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟ <input type="checkbox"/> ΙΟΥΝΙΟ <input type="checkbox"/> ΟΚΤΩΒΡΙΟ <input type="checkbox"/> ΜΑΡΤΙΟ <input type="checkbox"/> ΙΟΥΛΙΟ <input type="checkbox"/> ΝΟΕΜΒΡΙΟ <input type="checkbox"/> ΑΠΡΙΛΙΟ <input type="checkbox"/> ΑΥΓΟΥΣΤΟ <input type="checkbox"/> ΔΕΚΕΜΒΡΙΟ <input type="checkbox"/></p>																									
<p>13. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο επηρέασε τις καθημερινές δραστηριότητες του παιδιού σας αυτό το ρινικό πρόβλημα ;</p> <p>ΚΑΘΟΛΟΥ <input type="checkbox"/> ΛΙΓΟ <input type="checkbox"/> ΑΡΚΕΤΑ <input type="checkbox"/> ΠΟΛΥ <input type="checkbox"/></p>	<p>14. Είχε ποτέ το παιδί σας αλλεργική ρινίτιδα (την άνοιξη) ;</p> <p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>																									
<p>15. Είχε ποτέ το παιδί σας εξάνθημα με φαγούρα που να έρχεται και να φεύγει , για τουλάχιστο 6 μήνες ;</p> <p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p><u>Αν απαντήσατε «όχι» παρακαλώ προχωρήστε στην ερώτηση 21</u></p>	<p>16. Είχε ποτέ το παιδί σας αυτό το εξάνθημα με τη φαγούρα τους τελευταίους 12 μήνες</p> <p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>																									
<p>17. Εμφανίστηκε ποτέ αυτό το εξάνθημα με φαγούρα σε κάποια από παρακάτω σημεία: στους αγκώνες, πίσω από τα γόνατα, στους αστραγάλους, κάτω από τους γλουτούς, γύρο από το λαιμό, τα μάτια ή τα αυτιά ;</p> <p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>18. Σε ποια ηλικία πρωτοεμφανίστηκε αυτό το εξάνθημα με τη φαγούρα ;</p> <p>ΜΙΚΡΟΤΕΡΗ ΤΩΝ 2 ΕΤΩΝ <input type="checkbox"/> 2-4 ΕΤΩΝ <input type="checkbox"/> ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΤΩΝ 5 ΕΤΩΝ <input type="checkbox"/></p>																									
<p>19. Υπάρχει κάποιο διάστημα κατά τους τελευταίους 12 μήνες κατά το οποίο το εξάνθημα εξαφανίστηκε εντελώς ;</p> <p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>20. Τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά, κατά μέσο όρο, έμεινε ξύπνιο το παιδί σας τη νύχτα εξαιτίας της φαγούρας από το εξάνθημα ;</p> <p>Ποτέ τους τελευταίους 12 μήνες <input type="checkbox"/> Λιγότερο από μία νύχτα την εβδομάδα <input type="checkbox"/> Μια ή περισσότερες νύχτες την εβδομάδα <input type="checkbox"/></p>																									
<p>21. Είχε ποτέ το παιδί σας έκζεμα ;</p> <p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p>	<p>22. Το παιδί σας γεννήθηκε:</p> <p>Φυσιολογικά <input type="checkbox"/> Με καισαρική τομή <input type="checkbox"/> Ήταν: Τελειόμηνο <input type="checkbox"/> Πρόωρο <input type="checkbox"/> Από δίδυμη κύηση <input type="checkbox"/></p>																									
<p>23. Πήγε ποτέ το παιδί σας σε:</p> <p>Βρεφονηπιακό Σταθμό <input type="checkbox"/> Παιδικό Σταθμό <input type="checkbox"/> Νηπιαγωγείο <input type="checkbox"/></p> <p>Τίποτα από τα παραπάνω <input type="checkbox"/></p> <p>Εάν ναι, σε ποια ηλικία και για πόσο καιρό.....</p>	<p>24. Νοσηλεύτηκε σε μονάδα πρόωρων;</p> <p>Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/></p> <p>Εάν ναι, για πόσο διάστημα;..... Προβλήματα που παρουσίασε.....</p>																									
<p>25. Έχει το παιδί σας άλλα αδέρφια;</p> <p>ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/></p> <p>Εάν ναι , αναφέρετε αναλυτικά τις ηλικίες των παιδιών σας και εάν έχουν / είχαν κάποια από τις ακόλουθες ασθένειες</p> <table border="1" data-bbox="110 1703 829 1850"> <thead> <tr> <th>Παιδί</th> <th>Ηλικία</th> <th>Άσθμα</th> <th>Αλλεργική ρινίτιδα</th> <th>Έκζεμα</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Πρώτο</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Δεύτερο</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Τρίτο</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Παιδί	Ηλικία	Άσθμα	Αλλεργική ρινίτιδα	Έκζεμα	Πρώτο					Δεύτερο					Τρίτο										<p>26. Είχε ποτέ η μητέρα του παιδιού κάποια από τις ακόλουθες ασθένειες :</p> <p>Άσθμα <input type="checkbox"/> Αλλεργική ρινίτιδα <input type="checkbox"/> Έκζεμα <input type="checkbox"/></p> <p>27. Είχε ποτέ η μητέρα του παιδιού κάποια από τις ακόλουθες ασθένειες :</p> <p>Άσθμα <input type="checkbox"/> Αλλεργική ρινίτιδα <input type="checkbox"/> Έκζεμα <input type="checkbox"/></p>
Παιδί	Ηλικία	Άσθμα	Αλλεργική ρινίτιδα	Έκζεμα																						
Πρώτο																										
Δεύτερο																										
Τρίτο																										