

## QÜESTIONARI PER A PARES



Infancia y Medio Ambiente

<http://www.proyectoinma.org/>

0 [Ho complementa l'entrevistadora] ¿Qui ha contestat aquest qüestionari de salut?

1. Mare
2. Pare
3. Altres (especificar): \_\_\_\_\_

### I) SOCIODEMOGRAFIA

1 Està:

- Casat/da (primeres núpcies)
- Casat/da (segones núpcies)
- Solter/a (mai s'ha casat)
- Separat/da (però encara casat/da legalment)
- Divorciat/da
- Vidu/a

2 Està:

- Vivint amb l'altre progenitor de la criatura (pare/mare)
- Vivint amb un altre/a company/a
- No viu en parella – però està en una relació (p.e. la parella viu a l'estranger o en una altra propietat)
- No està ni vivint en parella ni està en una relació

3 Des de l'últim qüestionari, s'ha traslladat?

- Sí En cas afirmatiu demanar a ONMEDIC la possibilitat d'actualitzar-ne l'adreça
- No

4 Des de l'últim qüestionari, hi ha hagut algun canvi en:

-El seu estat civil?

- Sí (Per favor especifiqui: .....)
- No

-La seva situació laboral o la de la seva parella?

- Sí (Per favor especifiqui: .....)
- No

- 5 Des de l'últim qüestionari, hi ha hagut algun nou naixement a la seva família?
- Sí (Per favor especifiqui quan:.....)
- No
- 6 Ha tingut la mare alguna vegada **èczema** (excloent dermatitis de contacte i psoriasi)?
- No
- Si
- 6.1. En cas afirmatiu, quina edat tenia quan li va aparèixer l'èczema? \_\_\_\_\_anys.
- 6.2. En cas afirmatiu,
- Diagnosticada pel doctor
- Diagnosticada per ella mateixa
- Diagnosticada pel doctor i per ella mateixa
- 7 Ha tingut la mare **asma** alguna vegada?
- No Passar a la pregunta 8
- Si En cas afirmatiu, quina edat tenia quan li va aparèixer l'asma? \_\_\_\_\_anys.
- 7.1 En cas afirmatiu,
- Diagnosticada pel doctor
- Diagnosticada per ella mateixa
- Diagnosticada pel doctor i per ella mateixa
- 8 Ha tingut la mare **rinitis al·lèrgica o rinitis al·lèrgica estacional** alguna vegada?
- No Passar a la pregunta 9
- Si
- 8.1. En cas afirmatiu, quina edat tenia quan li va aparèixer la rinitis al·lèrgica o rinitis al·lèrgica estacional? \_\_\_\_\_anys.
- 8.2. En cas afirmatiu,
- Diagnosticada pel doctor
- Diagnosticada per ella mateixa
- Diagnosticada pel doctor i per ella mateixa
- 9 Ha tingut el pare alguna vegada **èczema** (excloent dermatitis de contacte i psoriasi)?
- No Passar a la pregunta 10
- Si

9.1. En cas afirmatiu, quina edat tenia el pare quan li va aparèixer l'èczema?  
\_\_\_\_\_anys.

9.2. En cas afirmatiu,

Diagnosticat pel doctor

Diagnosticat per ell mateix

Diagnosticat pel doctor i per ell mateix

10 ¿Ha tingut el pare **asma** alguna vegada?

No Passar a la pregunta 11

Si

10.1. En cas afirmatiu, quina edat tenia quan li va aparèixer l'asma? \_\_\_\_\_anys.

10.2. En cas afirmatiu,

Diagnosticat pel doctor

Diagnosticat per ell mateix

Diagnosticat pel doctor i per ell mateix

11 ¿Ha tingut el pare **rinitis al·lèrgica o rinitis al·lèrgica estacional** alguna vegada?

No Passar a la secció següent

Si

11.1. En cas afirmatiu, quina edat tenia quan li va aparèixer la rinitis al·lèrgica o rinitis al·lèrgica estacional? \_\_\_\_\_anys.

11.2. En cas afirmatiu,

Diagnosticat pel doctor

Diagnosticat per ell mateix

Diagnosticat pel doctor i per ell mateix

## II) ASMA/XIULETS

*(Per sibilàncies o xiulets volem dir xiulets procedents del pit, però no la respiració sorollosa deguda a tenir el nas tapat. Per una altra infecció volem dir mal de coll, infecció de l'oïda o febre).*

1 Ha tingut el seu fill/a sibilacions o xiulets al pit en els últims 12 mesos?

No Si la resposta és NO, passeu a la pregunta 7.

Si

2 En cas afirmatiu, quants atacs de sibilacions o xiulets ha tingut el seu fill/a en els últims 12 mesos?

- Cap;
- De 1 a 3;
- De 4 a 12;
- Més de 12

\* diversos episodis de xiulets

3 En els últims 12 mesos, amb quina freqüència, de promig, s'ha **despertat** el seu fill/a degut a sibilacions o xiulets al pit?

- Mai s'ha despertat amb xiulets;
- Menys d'una nit a la setmana;
- Una o més nits per setmana

4 En els últims 12 mesos, han estat alguna vegada els xiulets tant greus com per limitar la parla del seu fill/a a una o dues paraules entre una respiració i una altra?

No

Si

5 En els últims 12 mesos, ha notat sibilacions o xiulets en el pit del seu fill/a al respirar durant o després de fer **exercici**?

No

Si

6 Han estat aquestes sibilacions o xiulets en el pit del seu fill/a acompanyats d'un atac de falta d'alè (dispnea) al menys una vegada en els últims 12 mesos?

No

Si

7 En els últims 12 mesos, quants atacs de falta d'alè ha tingut el seu fill/a?

- Cap;
- De 1 a 3;
- De 4 a 12;
- Més de 12

- 8 Ha estat el son del seu fill/a interromput per un atac de falta d'alè (dispnea) en els últims 12 mesos?
- No
- Si
- 8.1. En cas afirmatiu, amb quina freqüència?
- Menys d'una nit a la setmana;
  - Una o més nits per setmana
- 9 Ha tingut el seu fill/a dificultats respiratòries (opressió al pit, falta d'alè) en els últims 12 mesos?
- No
- Si
- 10 En els últims 12 mesos, ha tingut el seu fill/a **tos seca per la nit**, a part de tos associada a refredat o infecció en el pit?
- No
- Si
- 11 Ha estat el seu fill/a diagnosticat per un doctor de tenir asma?
- No
- Si
- 12 En els últims 12 mesos, amb quina freqüència ha estat el seu fill/a interromput/da per tos/xiulets/sibilacions/dificultats respiratòries mentre realitzava exercici?
- Mai
  - Quasi mai (<5% de les vegades)
  - Menys de la meitat de les vegades
  - Més de la meitat de les vegades
  - Sempre o quasi sempre (inclou no fer exercici degut als símptomes)
  - No fa exercici per altres raons

13 Ha pres el seu fill/a alguna **medicació** per a l'asma o per dificultats respiratòries (opressió al pit, falta d'alè) durant els últims 12 mesos?

No

Si En cas afirmatiu, quines? \_\_\_\_\_ (varies opcions)

Nom del medicament	Freqüència setmanal	Dosi	Cops al dia

(s'inclouen qualsevol tipus d'inhaladors, nebulitzadors, comprimits o medicaments líquids)

14 Amb quina freqüència va haver de veure un metge o acudir a l'hospital amb el seu fill/a **urgentment** degut a dificultats respiratòries (opressió al pit, falta d'alè) en els últims 12 mesos? Número: \_\_\_\_\_

#### **TOS/FLEMA**

1 En els últims 12 mesos, li ha semblat el seu fill/a tenir habitualment el pit carregat o ha tingut tos amb expectoració (mocs) **en els refredats**?

No

Si

2 En els últims 12 mesos, li ha semblat el seu fill/a tenir habitualment el pit carregat o ha tingut tos amb expectoració (mocs) **quan no estava refredat/da**?

No

Si

3 En els últims 12 mesos, li ha dit un doctor que el seu fill/a ha tingut una infecció al pit?

No

Si



Contaminants de l'aire p.e. tub d'escapament, vapors, fums, esprai,  
 productes de neteja, olors forts                    Si No No sap  
 Altres, per favor especifiqueu                    Si No No sap

5 Ha pres el seu fill/a medicaments, comprimits, esprais nasals o gotes pels ulls per a l'al·lèrgia nasal/rinitis al·lèrgica en els últims 12 mesos?

No

Si                    En cas afirmatiu, quins \_\_\_\_\_(per favor especifiqueu)

Nom del medicament	Freqüència setmanal	Dosi	Cops al dia

6 Ha estat el seu fill/a diagnosticat/da per un doctor de tenir rinitis al·lèrgica (rinitis degut al gat, pols...) o rinitis al·lèrgica estacional (rinitis al pol·len)?

No

Si

#### IV) DERMATITIS ATÒPICA

1 Ha tingut el seu fill/a la pell seca en els últims 12 mesos?

No

Si

2 Ha tingut el seu fill/a alguna vegada una erupció cutània o "granissa" amb picor que anava i venia durant almenys 6 mesos?

No

Si

3 Ha tingut el seu fill/a alguna vegada una erupció cutània o "granissa" amb picor que anava i venia de manera intermitent en els últims 12 mesos?

No                    Si la resposta és NO a les preguntes 2 i 3, passeu a la pregunta 8.

Si



4 Ha afectat aquesta erupció amb picor alguna vegada algun dels següents llocs? (Pot marcar diverses respostes)

No

Si

Per favor, senyali totes les que corresponguin:

- Els plecs dels colzes
- Darrera dels genolls
- Davant dels turmells
- Sota les natges
- Al voltant del coll, les orelles o la cara

5 Aquesta erupció, ha desaparegut completament en algun moment durant els últims 12 mesos?

No

Si

6 En quin dels últims 12 mesos, va ocórrer l'èczema del seu fill/a, o l'erupció cutània? (pot escollir diverses respostes). Per favor, marqui tots els mesos que correspongui:

Gener	<input type="checkbox"/>	Juliol	<input type="checkbox"/>
Febrer	<input type="checkbox"/>	Agost	<input type="checkbox"/>
Març	<input type="checkbox"/>	Setembre	<input type="checkbox"/>
Abril	<input type="checkbox"/>	Octubre	<input type="checkbox"/>
Maig	<input type="checkbox"/>	Novembre	<input type="checkbox"/>
Juny	<input type="checkbox"/>	Desembre	<input type="checkbox"/>

7 En els 12 últims mesos, amb quina freqüència promig, ha estat el seu fill/a despert/a per la nit per culpa d'aquesta erupció amb picor?

- Mai en els últims 12 mesos;
- Menys d'una nit per setmana;
- Una o més nits per setmana

8 El seu fill/a, ha estat diagnosticat/da alguna vegada per un metge d'èczema/ dermatitis atòpica?

No

Si

- 9 Ha tingut el seu fill/a alguna vegada èczema a les mans (lesions amb picor, ampolles, erupcions, “granissa”)?
- No
- Si En cas afirmatiu, a quina edat li va aparèixer per primera vegada? \_\_\_\_ anys.
- 10 Ha tingut el seu fill/a alguna vegada èczema després de tenir contacte amb alguna de les següents substàncies (pot elegir diverses respostes, per favor marqui totes les substàncies que li hagin provocat èczema):
- objectes metàl·lics (p.e. botons, sivella, cremallera, cinturó, rellotge o corretja de rellotge, ulleres o ulleres de sol, clips pel cabell, telèfon mòbil, auriculars): per favor, especifiquei: \_\_\_\_\_
  - bijuteria (arracades, anells...)
  - colorants
  - productes cosmètics, perfums o fragàncies
  - xampú o condicionador
  - sabó
  - roba
  - làtex, goma/plàstics (p.e. guants de goma/plàstic, globus)
  - altres materials; per favor, especifiquei: \_\_\_\_\_
  - No, no amb cap material

## V) REACCIONS AL·LÈRGIQUES

### 1) ALIMENTARIA

- 1 Ha tingut el seu fill/a una o diverses reaccions anormals després de menjar un **aliment** en particular?
- No
- Si Si la resposta és afirmativa, per favor marqui els que corresponguin\_ Vegi taula pàgina 12)
- 2 Quina edat tenia el seu fill/a quan va ocórrer la reacció al·lèrgica per primera vegada? \_\_\_\_\_anys

- 3 Continua presentant el seu fill/a aquesta reacció al·lèrgica després de prendre l' aliment  
(en el cas de que aquest aliment NO s'hagi retirat de la dieta del seu fill/a)?

No sap

No

Si

- 4 En els últims 12 mesos, amb quina freqüència ha estat el seu fill/a visitat/da per un doctor per reaccions alimentaries, que no tinguessin lloc durant o immediatament després d'un episodi? (Per favor marqui els que corresponguin)

	Mai	De 1 a 3	De 4 a 12	Més de 12
- Si, per un metge de capçalera o un pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si, per un pneumòleg o un al·lèrgic (hospital o consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Altres (per favor especifiqui)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5 En els últims 12 mesos, amb quina freqüència ha estat el seu fill/a hospitalitzat/a degut a una reacció alimentaria adversa? (Si «no hospitalització», respongui 0)

\_\_\_\_\_ vegada(es)

- 6 ¿Ha rebut alguna vegada el seu fill/a injeccions especials o altres tractaments contra l'al·lèrgia ("vacuna al·lèrgica"), immunoteràpia, hiposensibilització, y desensibilització?

No

Si

6.1. En cas afirmatiu, quin al·lèrgic i quan?

- En cas afirmatiu, el primer tractament va començar a l'edat de \_\_ anys i va acabar als \_\_ anys

Contra quins al·lèrgic(s) \_\_\_\_\_/ Desconeguts

- El segon tractament va començar a l'edat de \_\_ anys i va acabar als \_\_ anys

Contra quins al·lèrgic(s) \_\_\_\_\_/ Desconeguts

- El tercer tractament va començar a l'edat de \_\_ anys i va acabar als \_\_ anys

Contra quins al·lèrgic(s) \_\_\_\_\_/ Desconeguts

(Les cohorts que hagin preguntat això anteriorment, haurien de preguntar "des de l'última visita" en lloc d'"alguna vegada")

El nen/a ha tingut les següents reaccions:	ALIMENT							MEDICAMENT		Picada d' insecte	
	Fruita, verdures	Llet	Ou blanc	Fruits secs	Cacauets	Peix	Marisc	Un altre aliment (per favor especifiqui)	Medicament (per favor especifiqui)		Vacuna (per favor especifiqui)
Inflamació de la cara	<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"/> .....	<input type="checkbox"/>
Inflamació dels llavis	<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"/> .....	<input type="checkbox"/>
Edema de Quincke	<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"/> .....	<input type="checkbox"/>
Erupció generalitzada	<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"/> .....	<input type="checkbox"/>
Vòmit o diarrea	<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"/> .....	<input type="checkbox"/>
Sensació de falta d'alè	<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"/> .....	<input type="checkbox"/>
Defalliment	<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"/> .....	<input type="checkbox"/>
Pèrdua de consciència	<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"/> .....	<input type="checkbox"/>
Inflamació excessiva al voltant de la picada	<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"/> .....	<input type="checkbox"/>

Taula pregunta 1 del qüestionari de reaccions al·lèrgiques alimentàries, medicamentoses i vacunes.

## 2) MEDICAMENTOSA

1 Ha tingut el seu fill/a una o diverses reaccions anormals després de prendre un **medicament** en particular? (Per favor marqui els que corresponguin\_ Vegi taula pàgina 12)

No

Si

2 En els últims 12 mesos, amb quina freqüència ha estat el seu fill visitat/da per un doctor per reaccions medicamentoses, que no tinguessin lloc durant o immediatament després d'un episodi? (Per favor marqui els que corresponguin)

	Mai	De 1 a 3	De 4 a 12	Més de 12
- Si, per un metge de capçalera o un pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si, per un pneumòleg o un al·lèrgic (hospital o consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Altres (per favor especifiqui)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 En els últims 12 mesos, amb quina freqüència ha estat el teu fill/a hospitalitzat/da degut a una reacció medicamentosa adversa? (Si «no hospitalització», respongui 0) \_\_\_\_\_ vegada(es)

## 3) VACUNES

1 Ha tingut el seu fill/a una o diverses reaccions anormals després d'una **vacunació**? (Per favor marqui les que corresponguin\_ Vegi taula pàgina 12)

No

Si

2 En els últims 12 mesos, amb quina freqüència ha estat el seu fill/a visitat/da per un doctor per reaccions a vacunes, que no tinguessin lloc durant o immediatament després d'un episodi? (Per favor marqui els que corresponguin)

	Mai	De 1 a 3	De 4 a 12	Més de 12
- Si, per un metge de capçalera o un pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Si, per un pneumòleg o un al·lèrgic (hospital o consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Altres (per favor especifiqui)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3 En els últims 12 mesos, amb quina freqüència ha estat el teu fill/a hospitalitzat/da degut a una reacció adversa a una vacuna? (Si «no hospitalització», respongui 0)  
\_\_\_\_\_ vegada(es)

## VI) AMBIENT INTERIOR

### 1) Cuina de gas

- 1 Utilitza cuina de gas per cuinar?  
No  
Si
- 2 Té campana d'extracció a sobre els fogons?  
No  
Si

En cas afirmatiu, quan cuina utilitza l'extractor:

- |    |                     |       |
|----|---------------------|-------|
| a) | tot el temps?       | Si/No |
| b) | quasi tot el temps? | Si/No |
| c) | mai?                | Si/No |

### 2) Humitat i Florit

- 3 Considera que la seva casa o el seu pis té humitats?  
No  
Si
- 4 Hi ha florit o taques de florit a la seva vivenda (exceptuant en el menjar)?  
No  
Si
- 5 En cas afirmatiu, en quines habitacions del seu pis o casa? (varies opcions)
- Habitació del nen/a
  - Altres parts de la vivenda
  - Soterrani



Si fuma regularment (a diari), número de cigarrets per setmana en l'interior de la vivenda: \_\_

12 Hi ha altres persones (exceptuant el nen/a) que fumin a l'interior de la vivenda?

No

Si

Si fuma ocasionalment, número de cigarrets per setmana a l'interior de la vivenda: \_\_

Si fuma regularment (a diari), número de cigarrets per setmana a l'interior de la vivenda: \_\_

13 Durant el dia, amb quina freqüència es troba el seu fill/a en un espai tancat (p.e. vehicle) on la gent fuma:

	(i) Dies de la setmana (Dilluns-Divendres)	(ii) Caps de Setmana
Tot el temps		
Més de 5 hores		
3-5 hores		
1-2 hores		
Menys d'1 hora		
Mai		

## VII) ACTIVITAT FÍSICA

1 Quantes hores al dia sol dormir el seu fill/a, INCLOSA la migdiada? \_\_\_\_\_ hores

2 Quant temps sol passar el seu fill/a veient la televisió/vídeos o jugant a videojocs\*?

A. Durant la setmana: Hores\_\_\_\_Minuts\_\_\_\_

B. Els caps de setmana: Hores\_\_\_\_Minuts\_\_\_\_

\*per a nens majors de 7 anys

3 Durant una setmana típica, quines activitats físiques **EXTRAESCOLARS** realitza el seu fill/a? Especifiqui la duració de cada activitat per dia.

Ex. Classes de ball/natació o córrer, anar en bici, patinar, anar d'excursió\*, etc.  
(**Excloure Wii i el viatge al col·legi**).

\*Excursió (consigna per les infermeres): comptabilitzar les hores que el/la nen/a camina durant l'excursió. Si el/la nen/a va dues vegades al mes d'excursió (amb els pares, esplai, centre Scout, centre excursionista) heu d'extrapolar les hores que el nen/a realitza l'activitat física per setmana.

Ex. Si el/la nen/a camina un total de 6h (3h/ 2 dissabtes al mes) es comptarà com a 1h 30min a la setmana.



Dia	Activitat(s)*	Hores					Minuts	
Ex: Dilluns	Bici 30m	0	1	2	3	4+	0	30
	Natació 30m	0	1	2	3	4+	0	30
Dilluns		0	1	2	3	4+	0	30
Dimarts		0	1	2	3	4+	0	30
Dimecres		0	1	2	3	4+	0	30
Dijous		0	1	2	3	4+	0	30
Divendres		0	1	2	3	4+	0	30
Dissabte		0	1	2	3	4+	0	30
Diumenge		0	1	2	3	4+	0	30

- 4 Durant una setmana típica, quines activitats físiques, **excloent l'esbarjo/ pati**, realitza el seu fill/a **dintre de l'horari escolar**? Especifiqui la durada de cada activitat per dia.

Informació per les infermeres: activitat física inclou totes aquelles activitats programades des de les classes d'educació física (gimnàstica), natació fins a classes de ball.

Dia	Activitat(s)*	Hores					Minuts	
Dilluns		0	1	2	3	4+	0	30
Dimarts		0	1	2	3	4+	0	30
Dimecres		0	1	2	3	4+	0	30
Dijous		0	1	2	3	4+	0	30
Divendres		0	1	2	3	4+	0	30
Dissabte		0	1	2	3	4+	0	30
Diumenge		0	1	2	3	4+	0	30

- 5 Quant temps al dia té el/la seu/va fill/a d'esbarjo (pati)? \_\_\_\_\_ hores

5.1. Si el seu fill/a es queda a menjar, inclogui les hores d'esbarjo després del dinar.  
\_\_\_\_\_ hores

- 6 Sap vostè a què sol jugar el/la seu/va fill/a a l'hora d'esbarjo/pati? Si/No  
En cas afirmatiu, el seu fill/a sol:

- Estar assegut/da parlant, llegint etc
- Estar o passejar pel pati
- Córrer i jugar a estones
- Córrer i jugar bastant
- Córrer i jugar intensament tot el temps

### VIII) COMPORAMENT

- 1 Ha estat el/la seu/va fill/a diagnosticat/da de TDAH (Trastorn de Dèficit d'Atenció i/o Hiperactivitat)?

No Si la resposta és NO, passeu a la pregunta 3.

Si

- 2 En cas afirmatiu, pren el/la seu/va fill/a alguna medicació?  
No  
Si Especifiqui el tipus de medicació: \_\_\_\_\_  
Dosi: \_\_\_\_\_ Vegades/Dia: \_\_\_\_\_
- 3 Està el/la seu/va fill/a diagnosticat/da d'un altre trastorn de comportament?  
No  
Si Especifiqui el tipus \_\_\_\_\_  
Ex. Autisme, trastorn bipolar, síndrome d'Asperger, etc
- 4 Pren el/la seu/va fill/a alguna medicació?  
No  
Si Especifiqui el tipus de medicació: \_\_\_\_\_  
Dosi: \_\_\_\_\_ Vegades/Dies: \_\_\_\_\_

#### **IX) ALTRES IMMUNITZACIONS I INFECCIONS**

- 1 Des de l'últim qüestionari/visita, ha tingut el seu fill/a una o diverses de les següents malalties infeccioses:
- Varicel·la
  - Xarampió
  - Galteres
  - Rubèola Tos ferina
  - Escarlatina
  - Mononucleosi morbiliforme
  - Malaltia de les paròtides
  - Malalties exantemàtiques

1.1. En cas afirmatiu, ¿a quina edat? \_\_\_\_\_ anys \_\_\_\_\_ mesos

1.2. Aquest problema va necessitar, almenys una vegada, de la consulta d'un doctor?

No

Si