

IDNUM

Fecha entrevista | | | | | | | |

**CUESTIONARIO DE EXPOSICIÓN DE 48 HORAS**  
COMPLETAR AL TERMINAR LAS 48 HORAS DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO

**SITUACIÓN ACTUAL:**

- 1- Trabaja
- 2- Trabaja pero en este momento está de baja
- 3- En paro / estudiante / ama de casa (exclusivamente)

*Dirección completa de su lugar de trabajo (si trabaja fuera de Sabadell, anotar sólo la población):*

**I: EN CASA Y EN EL TRABAJO**

En las 48 horas que ha llevado el captador, y mientras estuvo en casa o en su lugar de trabajo:

1) ¿Durante cuántas horas y minutos estuvo utilizando los siguientes aparatos?  
(rellene el tiempo en las casillas correspondientes y por favor conteste con un 0 si no tiene ese aparato o si no lo ha utilizado):

	(Aproximar por 5 minutos)			
	CASA		TRABAJO	
	Horas	Minutos	Horas	Minutos
- Una estufa de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Una estufa de madera	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Una chimenea	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Otro tipo de estufa ( <i>especificar</i> )	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- El aire acondicionado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Un humidificador (incluso humidificadores del sistema de calefacción o aire acondicionado)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Un purificador de aire, ionizador o filtro de aire	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Calentador de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Un horno eléctrico/microondas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Una cocina de gas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
- Una cocina con combustible sólido (madera, coque, carbón etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2) ¿Cuánto tiempo ha tenido las ventanas abiertas?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3) ¿Durante cuánto tiempo ha utilizado velas o estuvo presente en un lugar en el que hubiera alguna encendida?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4) ¿Durante cuánto tiempo ha utilizado incienso o estuvo presente en un lugar en el que hubiera encendido?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5) ¿Durante cuántas horas y minutos ha estado usted u otra persona utilizando una fotocopiadora o una impresora en la misma habitación?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



2) ¿Ha utilizado desodorante, perfume o laca?(Por favor haga un círculo alrededor de la respuesta correcta)

- 1-Sí
- 2-No
- 3-No recuerda

### **III: TABACO**

(Por favor haga un círculo alrededor de la respuesta correcta)

1) En su casa, ¿han fumado en la misma habitación donde usted estaba?

- 1-Sí
- 2-No

➔ 1.1.- Si sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_horas\_\_\_\_ minutos

2) En su trabajo, ¿han fumado en la misma habitación donde usted estaba

- 1-Sí
- 2-No

➔ 2.1.- Si sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_horas\_\_\_\_ minutos

3) En un bar o restaurante, ¿han fumado en la misma habitación donde usted estaba?

- 1-Sí
- 2-No

➔ 3.1.- Si sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_horas\_\_\_\_ minutos

4) En algún otro sitio,¿han fumado en la misma habitación donde usted estaba

- 1-Sí
- 2-No

➔ 4.1.- Si sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_horas\_\_\_\_ minutos

4.2.- ¿Dónde?

5) ¿Durante el periodo de las 48 horas ha fumado?

- 1-Sí
- 2-No

➔ 5.1.- Si sí, ¿cuántos cigarrillos? \_\_\_\_\_

### **IV: CAPTADORES PASIVOS**

1) ¿Durante las 48 horas hubo algún momento en que NO tuviese colgados en la ropa los captadores pasivos, inclusive mientras dormía o estaba en el baño ?

- 1-Sí
- 2- No, los lleve puestos todo el tiempo

1.1.- Si sí, rellenar la tabla:

1. ¿Que tipo de actividad realizó sin tener el dispositivo colgado en la ropa?
2. ¿Cuánto tiempo duró esa actividad (aproximar a los 15 minutos)?
3. ¿Dónde se encontraba el dispositivo? (Especificar si estaba en la misma habitación y la distancia al dispositivo en metros. Si es un espacio abierto, se considera la misma habitación)

1. Actividad	2. ¿Duración?		3. ¿En la misma habitación?	4. Distancia al dispositivo
	Horas	Mín.		
			1- Sí 2- No	
			1- Sí 2- No	
			1- Sí 2- No	
			1- Sí 2- No	
			1- Sí 2- No	
			1- Sí 2- No	

2) ¿Con qué frecuencia pasan coches al lado de su casa?

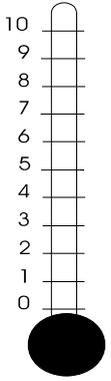
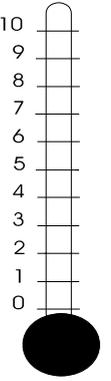
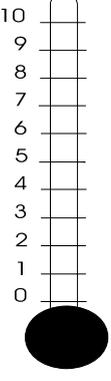
- 1- Continuamente
- 2- Con bastante frecuencia
- 3- Poco
- 4- Nunca

3) ¿Con qué frecuencia pasan vehículos pesados (por ej. camiones/autobuses) al lado de su casa?

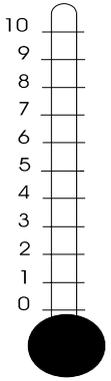
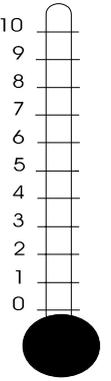
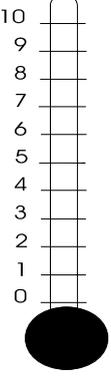
- 1- Continuamente
- 2- Con bastante frecuencia
- 3- Poco
- 4- Nunca

4) ¿Hasta que punto le ha molestado la **contaminación atmosférica del exterior** durante las 48 horas que ha llevado el dispositivo ( nos referimos a gases, humos, polvo etc procedente del tráfico, la industria etc.)?

(Esta escala es como un termómetro, marque el nivel de molestia que siente usted, utilizando esta escala del 0 al 10; el 0 no le molesta en absoluto, hasta el 10 es una molestia insoportable)

	<b>En casa</b>	<b>En el trabajo</b>	<b>En otros lugares</b>
<i>Molestia insoportable</i>			
<i>Ninguna molestia</i>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		No procede	No procede
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Indicar dónde:</div>

5) ¿Hasta que punto le ha molestado el **ruido del exterior** (procedente del tráfico la industria, etc.) durante las 48 horas que ha llevado el dispositivo?

	<b>En casa</b>	<b>En el trabajo</b>	<b>En otros lugares</b>
<i>Molestia insoportable</i>			
<i>Ninguna molestia</i>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		No procede	No procede
			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">Indicar dónde:</div>

**V: TIEMPO Y ACTIVIDAD**

- 1) Durante las 48 horas que llevó el dispositivo, ¿cuántas horas al día pasa en los siguientes lugares?  
(Día 1: Las primeras 24h en las que llevó el captador; Día 2: Las 24h siguientes)

	Día 1 (horas:min)	Día 2 (horas:min)
<b>En el trabajo:</b>		
-Interior		
-Exterior		
En otros edificios (centros comerciales, lugares públicos.		
Desplazándose (al trabajo, compra, con los niños, otros familiares...)		
Exterior ( en la calle, paseando, en un parque...)		
<b>En su vivienda:</b>		
-Interior de la casa		
-Exterior de la casa		
En interior de otras casas		
<b>Total</b>		

- 2) ¿Cuánto tiempo al día emplea en desplazarse ( al trabajo, compra, con los niños, otros familiares...)?

	Día 1 (min/día)	Día 2 (min/día)
Caminando		
Bicicleta		
Motocicleta o ciclomotor		
Coche o taxi		
Autobús o tranvía		
En tren o metro		
<b>Total</b>		

OBSERVACIONES:

**ENTREVISTADOR:**

1. ¿El domicilio tiene balcón y/o ventanas que den a la calle? SI / NO

2. ¿El captador se ha puesto en un balcón o ventana que de a calle? SI / NO

Si la respuesta es NO, indicar si da a patio de manzana, descampado, patio de luces, etc.

.....