

## MeDALL Work Package 3

Verde = Core Question (obligatorias)

Amarillo = Opcionales

### Parental Core Questionnaire

#### I) ASMA/PITOS

##### Asma (y síntomas relacionados) Prevalencia e Inicio

1	¿Ha tenido su hijo/a pitos o silbidos en el pecho <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si/No
2	En caso afirmativo, ¿Cuántos ataques de pitos o silbidos ha tenido su hijo/a <u>en los 12 últimos meses</u> ? <input type="checkbox"/> Ninguno; <input type="checkbox"/> De 1 a 3; <input type="checkbox"/> De 4 a 12; <input type="checkbox"/> Más de 12 * varios episodios de pitos
3	Ha tenido su hijo dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si/No
4	<u>En los últimos 12 meses</u> , ha tenido su hijo/a <b>tos seca por la noche</b> , a parte de tos asociada a resfriado o a infección en el pecho? Si/No
5	¿Ha sido su hijo/a diagnosticado por un doctor de tener asma? Si /No

##### Severidad del Asma (y síntomas relacionados)

6	<u>En los últimos 12 meses</u> , con qué frecuencia, de promedio, se ha <b>despertado</b> su hijo/a debido a pitos o silbidos en el pecho? <input type="checkbox"/> Nunca se ha despertado con pitos; <input type="checkbox"/> Menos de una noche a la semana; <input type="checkbox"/> Una o más noches por semana
7	<u>En los últimos 12 meses</u> , ¿han sido alguna vez los pitos tan graves como para limitar el habla de su hijo/a a una o dos palabras entre una respiración y otra? Si/No
8	<u>En los últimos 12 meses</u> , ¿ha notado pitos o silbidos en el pecho de su hijo/a al respirar durante o después de hacer <b>ejercicio</b> ? Si/No
9	<u>En los últimos 12 meses</u> , con que frecuencia ha sido su hijo/a interrumpido/a por tos/pitos/silbidos/dificultades respiratorias mientras realizaba ejercicio? <input type="checkbox"/> Nunca

	<input type="checkbox"/> Casi nunca (<5% de las veces) <input type="checkbox"/> Menos de la mitad de las veces <input type="checkbox"/> Más de la mitad de las veces <input type="checkbox"/> Siempre o casi siempre (incluye no hacer ejercicio debido a los síntomas) <input type="checkbox"/> No hace ejercicio por otras razones
10	¿Ha tomado su hijo/a alguna <b>medicación</b> para el asma o por dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) <u>durante los últimos 12 meses</u> ? No/Si (se incluyen cualquier tipo de inhaladores, nebulizadores, comprimidos o medicamentos líquidos) En caso afirmativo, cuál? _____
11	¿Con qué frecuencia tuvo que ver a un médico o acudir a un hospital con su hijo/a <b>urgentemente</b> debido a dificultades respiratorias (opresión en el pecho, falta de aliento) <u>en los 12 últimos meses</u> ? Número: _____

### Preguntas Opcionales Suplementarias

#### **Asma (y síntomas relacionados) Prevalencia e Inicio**

1	¿Ha tenido su hijo/a pitos o silbidos en el pecho <u>en algún momento del pasado</u> ? Si/No En caso afirmativo, a que edad ocurrió?:::meses/años
2	¿En cuál de <u>los últimos 12 meses</u> , ocurrieron estos pitos o silbidos en el pecho? (Puedes elegir varias respuestas) Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre
3	En los <u>últimos 12 meses</u> , ¿cuáles de esos factores piensa que han disparado los pitos o silbidos en el pecho de su hijo/a? (Por favor marque los que correspondan) Cambio en el tiempo (frío, niebla); Polen; Tubo de escape, vapores, humos; polvo; mascotas; resfriado, gripe u otra infección respiratoria; humo del tabaco; emoción, estrés; lagrimas, risas, excitación; ropa de algodón; comida o bebida; jabón, spray, productos de limpieza; olores fuertes; ejercicio (durante o después); otros (por favor especifique):

#### **Severidad del Asma (y síntomas relacionados)**

4	En los <u>últimos 12 meses</u> , ¿cuánto interfirieron estos pitos con las actividades diarias de su hijo/a? <input type="checkbox"/> Nada; <input type="checkbox"/> Un poco; <input type="checkbox"/> Una cantidad moderada; <input type="checkbox"/> Mucho
5	¿Han sido estos pitos o silbidos en el pecho de su hijo/a acompañados por un ataque de falta de aliento (dísnea) al menos una vez <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si/No
6	En los <u>últimos 12 meses</u> , ¿cuántos ataques de falta de aliento ha tenido su hijo/a? <input type="checkbox"/> Ninguno; <input type="checkbox"/> De 1 a 3; <input type="checkbox"/> De 4 a 12; <input type="checkbox"/> Más de 12

7	¿Ha sido el sueño de su hijo/a interrumpido por un ataque de falta de aliento (dísnea) en los últimos 12 meses? Si/No ...En caso afirmativo, con qué frecuencia? <input type="checkbox"/> Nunca se ha despertado por falta de aliento; <input type="checkbox"/> Menos de una noche a la semana; <input type="checkbox"/> Una o mas noches por semana
8	Si su hijo/a ha tenido tos seca por la noche y se le ha administrado broncodilatadores (calmante del asma/medicación para abrir las vías aéreas) el efecto de esta medicación sobre la tos ha sido de <input type="checkbox"/> Mejora rápida (menos de 30 minutos) a pesar de que podría desvanecerse con el tiempo <input type="checkbox"/> Mejora lenta (lleva horas o días) <input type="checkbox"/> Sin mejora <input type="checkbox"/> No se usaron broncodilatadores
9	¿Le ha dado alguna vez a su hijo corticosteroides inhalados?.....En caso afirmativo, ¿qué edad tenía su hijo/a cuando recibió corticosteroides inhalados por primera vez? En promedio, ¿cuánto tiempo le dio a su hijo/a corticosteroides inhalados desde su nacimiento? Especifique el número de semanas
10	En los últimos 12 meses, ¿le ha dado a su hijo/a corticosteroides orales? Si/No
11	¿Se ha tratado su hijo/a alguna vez para los <b>pitos/silbidos en el pecho/dificultades respiratorias</b> con homeopatía o acupuntura? Si / No

### Tos y Flema

12	En los últimos 12 meses, ¿le ha parecido su hijo/a tener habitualmente el pecho cargado o ha tenido tos con expectoración (mocos) <b>en los resfriados</b> ? Si / No
13	En los últimos 12 meses, ¿le ha parecido su hijo/a tener habitualmente el pecho cargado o ha tenido tos con expectoración (mocos) <b>cuando no estaba resfriado</b> ? Si / No
14	En los últimos 12 meses, ¿parece su hijo/a que esté congestionado en el pecho o con tos con flema (moco) la mayoría de días (4 o más días a la semana) hasta 3 meses al año? Si/No
15	En los últimos 12 meses, ¿le ha parecido su hijo/a habitualmente que esté congestionado en el pecho o con tos con flema (moco) la mayoría de días (4 o más días a la semana) cuando no estaba resfriado? <input type="checkbox"/> No, <input type="checkbox"/> Sí, durante menos de un mes al año, <input type="checkbox"/> Sí, durante 1o 2 meses al año, <input type="checkbox"/> Sí, durante 3 meses al año o más
16	En los últimos 12 meses, ¿le ha dicho un doctor que su hijo/a ha tenido una infección en el pecho? Si/No

## PREGUNTAS DEL MÉDICO PARA LOS PADRES DURANTE EL EXAMEN (FUERA DEL CUESTIONARIO)

1	<p>En los últimos 12 meses, ¿ha utilizado medicamentos inhalados para mejorar la respiración de su hijo/a? Si/No. Especifique la medicación</p> <p><u>En caso afirmativo</u>, ¿cómo han sido utilizados? Cuando necesario/ duración corta (menos de 2 semanas)/ larga duración/ nada; Si son de larga duración, especifique la medicación, el número de meses, el número de días por mes y el número de inhalaciones por día.</p>
2	<p>En los últimos 12 meses, ¿le ha dado a su hijo/a otros medicamentos que no sean medicamentos inhalados? Si/No. Especifique la medicación.</p> <p><u>En caso afirmativo</u>, ¿cómo fueron utilizados? Cuando necesario/ duración corta (menos de 2 semanas)/ larga duración/ nada; Si son de larga duración, especifique la medicación, el número de meses, el número de días por mes y el número de comprimidos por día.</p>
3	<p>Si su hijo/a ha tomado medicación para el asma, ¿con qué frecuencia tomó una medicación calmante (por ejemplo: salbutamol/ventolín) <u>durante una semana normal?</u> /</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 2 veces por semanas</p> <p><input type="checkbox"/> 2 o más veces por semana</p>

## II) RINITIS ALÉRGICA

<b>Rinitis Alérgica: Prevalencia e Inicio</b>	
1	En los últimos 12 meses, su hijo/a ¿ha tenido alguna vez problemas de estornudos, nariz tapada o mucosa SIN estar resfriado ni con gripe? Si/No
1.2	Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique los síntomas que ha tenido su hijo/a en los últimos 12 meses cuando NO ha estado resfriado o con gripe (puede escoger varias respuestas). Por favor marque las que correspondan: Estornudos: Si/No Nariz mucosa: Si/No Nariz bloqueada: Si/No
2	En caso afirmativo, en los últimos 12 meses, este problema de nariz, ¿ha sido acompañado de picor y lagrimeo en los ojos? Si/No
3	¿En cuál de los últimos 12 meses, ocurrió este problema de nariz tapada o mucosa? (puede escoger varias respuestas) Por favor, marque todos los meses que corresponda: Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.
4	En los últimos 12 meses, su hijo/a ¿ha tenido problemas con la nariz o los ojos (sin estar resfriado) relacionado con el contacto con alguna de las siguientes sustancias? Si/No (puede escoger varias respuestas) Por favor marque las opciones correspondientes:
	Animales/ polvo/ ácaros Si/ No/ No sabe
	Hierbas, árboles, flores Si/ No/ No sabe
	Humo de tabaco Si/ No/ No sabe
	Polvo de casa Si/ No / No sabe
	Contaminantes del aire p.e. tubo de escape, vapores, humos, spray, productos de limpieza, olores fuertes Si/ No/ No sabe
	Otros, por favor especifique Si/ No/ No sabe
5	¿Ha tomado su hijo/a medicamentos, comprimidos, sprays nasales o gotas para los ojos para la alergia nasal/ rinitis alérgica en los últimos 12 meses? Si/No En caso afirmativo, cuáles _____ (por favor especifique)
6	¿Ha sido su hijo/a diagnosticado por un doctor de tener rinitis alérgica (rinitis debido al gato, polvo...) o rinitis alérgica estacional (rinitis al polen)? Si /No

### Preguntas Opcionales Suplementarias

#### **Severidad de la Rinitis Alérgica**

1	Ha sido su hijo/a alguna vez tratado para la alergia nasal/rinitis alérgica con homeopatía o acupuntura? Si / No
---	--

### III) DERMATITIS ATÓPICA O ECZEMA

#### Prevalencia del Eczema

1	¿Ha tenido su hijo/a la piel seca <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si / No
2	Ha tenido su hijo/a alguna vez una erupción cutánea o sarpullido con picazón que iba y venía durante al menos 6 meses? Si/No
3	Ha tenido su hijo/a alguna vez una erupción cutánea o sarpullido con picazón que iba y venía de manera intermitente <u>en los últimos 12 meses</u> ? Si/No
4	¿Ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares? Si/No (Puede marcar varias respuestas) Por favor, señale todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Los pliegues de los codos <input type="checkbox"/> Detrás de las rodillas <input type="checkbox"/> Delante de los tobillos <input type="checkbox"/> Debajo de las nalgas <input type="checkbox"/> Alrededor del cuello, las orejas o la cara
5	Esta erupción, ¿ha desaparecido por completo en algún momento durante <u>los últimos 12 meses</u> ? Si / No
6	Su hijo/a, ¿ha sido diagnosticado alguna vez por un médico de eczema/ dermatitis atópica? Si / No
7	¿En cuál de <u>los últimos 12 meses</u> , ocurrió el eczema de su hijo, o la erupción cutánea? (puede escoger varias respuestas) Por favor, marque todos los meses que corresponda: Enero, Febrero, Marzo, Abril, Mayo, Junio, Julio, Agosto, Septiembre, Octubre, Noviembre, Diciembre.

#### Severidad del Eczema

8	<u>En los 12 últimos meses</u> , ¿con qué frecuencia promedio, ha estado su hijo/a despierto por la noche por culpa de esta erupción con picazón? <input type="checkbox"/> Nunca en los últimos 12 meses; <input type="checkbox"/> Menos de una noche por semana; <input type="checkbox"/> Una o más noches por semana
---	---

#### Dermatitis de Contacto

9	¿Ha tenido su hijo/a alguna vez eczema en las manos (lesiones con picor, ampollas, erupciones, sarpullidos)? Si/No En caso afirmativo, ¿a qué edad lo tuvo por primera vez? ____ años.
10	¿Ha tenido su hijo/a <u>alguna vez</u> eczema después de tener contacto con alguna de las siguientes sustancias (puede elegir varias respuesta, <u>por favor marque todas las sustancias que le hayan provocado eczema</u> ): <input type="checkbox"/> objetos metálicos (p.e. botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj o correa de reloj, gafas o gafas de sol, clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares): por favor, especifique: _____ <input type="checkbox"/> bisutería (pendientes, anillos...) <input type="checkbox"/> colorantes

- productos cosméticos, perfumes o fragancias
- champú o acondicionador
- jabón
- ropa
- látex, goma/plásticos (p.e. guantes de goma/plástico, globos)
- otros materiales; por favor, especifique: \_\_\_\_\_
- No, no con ningún material

### **Preguntas Opcionales Suplementarias**

#### **Severidad del Eczema**

- |          |   |
|----------|---|
| <b>2</b> | ¿Ha sido su hijo/a <u>alguna vez</u> tratado para el <b>eczema</b> con homeopatía o acupuntura? Si / No |
|----------|---|

#### IV) REACCIONES ALÉRGICAS ALIMENTARIAS

##### Reacciones alérgicas a los alimentos

To seek advice from EUROPREVALL: to contact P.Burney for help in the definition of allergic reaction to foods and also for the methodology. To discuss with them which questions should be added in the new questionnaire.

<b>1</b>	¿Ha tenido su hijo/a una o varias reacciones anormales tras comer un <b>alimento</b> en particular? Si/No Si la respuesta es afirmativa, por favor marque los que correspondan_ Véase tabla página 10)				
<b>2</b>	¿Qué edad tenía su hijo/a cuando ocurrió la reacción alérgica <u>por primera vez</u> ? años				
<b>3</b>	¿Continúa presentando su hijo/a esta reacción alérgica tras tomar el alimento? Si/No /No sabe				
<b>4</b>	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a visitado/a por un doctor por reacciones alimentarias, <b>que no tuvieran lugar durante o inmediatamente después de un episodio real</b> ? (Por favor marque los que correspondan)				
		Nunca	De 1 a 3	De 4 a 12	Más de 12
	- Si, por un médico de cabecera o un pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Si, por un neumólogo o un alergólogo (hospital o consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Otros (por favor especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5</b>	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a hospitalizado/a debido a una reacción alimentaria adversa? (Si «no hospitalización», responda 0) _____ vez(ces)				
<b>6</b>	¿Ha recibido alguna vez su hijo/a inyecciones especiales u otros tratamientos contra la alergia (“vacuna alérgica”), inmunoterapia, hiposensibilización, y desensibilización? Si/No En caso afirmativo, ¿qué alérgeno y cuando?				
	- En caso afirmativo, el primer tratamiento empezó a la edad de __ años y terminó a los __ años				
	Contra qué alérgeno(s) _____/ Desconocidos				
	- El segundo tratamiento empezó a la edad de __ años y terminó a los __ años Contra qué alérgeno(s) _____/ Desconocidos				
- El Tercero tratamiento empezó a la edad de __ años y terminó a los __ años Contra qué alérgeno(s) _____/ Desconocidos					
(Las cohortes que hayan preguntado esto anteriormente, tendrían que preguntar “desde la última visita” en lugar de “alguna vez”)					

##### Reacciones alérgicas a los medicamentos

<b>1</b>	¿Ha tenido su hijo/a una o varias reacciones anormales tras tomar un <b>medicamento</b> en particular? (Por favor marque los que correspondan_ Vean tabla página 10)
----------	--

2	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a visitado/a por un doctor por reacciones medicamentosas, <b>que no tuvieran lugar durante o inmediatamente después de un episodio real?</b> (Por favor marque los que correspondan)				
		Nunca	De 1 a 3	De 4 a 12	Más de 12
	- Si, por un médico de cabecera o un pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Si, por un neumólogo o un alergólogo (hospital o consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Otros (por favor especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a hospitalizado/a debido a una reacción medicamentosa adversa? (Si «no hospitalización», responda 0) _____ vez(ces)				

### Reacciones alérgicas a las vacunas

1	¿Ha tenido su hijo/a una o varias reacciones anormales tras una <b>vacunación?</b> (Por favor marque los que correspondan_ Vean tabla página 10)				
2	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a visitado/a por un doctor por reacciones a vacunas, <b>que no tuvieran lugar durante o inmediatamente después de un episodio real?</b> (Por favor marque los que correspondan)				
		Nunca	De 1 a 3	De 4 a 12	Más de 12
	- Si, por un médico de cabecera o un pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Si, por un neumólogo o un alergólogo (hospital o consulta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Otros (por favor especifique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido su hijo/a hospitalizado/a debido a una reacción adversa a una vacuna? (Si «no hospitalización», responda 0) _____ vez(ces)				

### Anaphylaxis

*Discussion in the Expert Meeting:* Jean Bousquet: not to use anaphylaxis in the classical questionnaire. However, Karin CL Carlsen says that we should be able to identify anaphylactic cases through the questionnaire (Cohort participants understand the question of "allergic shock". (**Have you ever suffered anaphylactic shock? Yes/No**)), even though we won't be sure. M Wickman: Anaphylaxis (allergic reaction including respiratory difficulty and/or hypotension, especially accompanied with urticaria and/or angioedema) is often misclassified because people think that anaphylaxis is angioedema and this is wrong!

*Overall conclusion:* **Not to be assessed now but in the future**

El niño/a ha tenido las siguientes reacciones:	ALIMENTO								MEDICAMENTO		Picadura de insecto
	Fruta, verduras	Leche	Huevo blanco	Frutos secos	Cacahuetes	Pescado	Marisco	Otro alimento (por favor especifique)	Medicamento (por favor especifique)	Vacuna (por favor especifique)	
Hinchazón de cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>						
Hinchazón de labios	<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"/>						
Erupción generalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>						
Vómito o diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>						
Sensación de falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>						
Desfallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>						
Pérdida de consciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>						
Hinchazón excesiva alrededor de la picadura	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	<input type="checkbox"/>

Tabla pregunta 1 del cuestionario de reacciones alérgicas alimentarias, medicamentosas y vacunas.

## V) PREGUNTAS SOCIODEMOGRAFICAS

1	Es padre/madre soltero/a? Si/ No
2	<p>Está:</p> <input type="checkbox"/> Casado/a (primeras nupcias) <input type="checkbox"/> Casado/a (segundas nupcias) <input type="checkbox"/> Soltero/a (nunca te has casado) <input type="checkbox"/> Separado/a (pero todavía casado/a legalmente) <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Viudo/a
3	<p>Está:</p> <input type="checkbox"/> Viviendo con el otro progenitor de la criatura (padre/madre) <input type="checkbox"/> Viviendo con otro/a compañero/a <input type="checkbox"/> No vive en pareja – pero está una relación (p.e. la pareja vive en el extranjero o en otra propiedad) <input type="checkbox"/> No está ni viviendo en pareja ni está en una relación
4	<p>¿Ha tenido la madre alguna vez <b>eczema</b> (excluyendo dermatitis de contacto y psoriasis)? No/Si, En caso afirmativo: Diagnosticado por el doctor, diagnosticado por ella misma/, diagnosticado por el doctor y por ella misma.</p> <p>En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el eczema?_____años.</p>
5	<p>¿Ha tenido la madre <b>asma</b> alguna vez? No/Si, En caso afirmativo: Diagnosticado por el doctor, diagnosticado por ella misma/, diagnosticado por el doctor y por ella misma.</p> <p>En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el asma?_____años.</p>
6	<p>¿Ha tenido la madre <b>rinitis alérgica o rinitis alérgica estacional</b> alguna vez? No/Si, En caso afirmativo: Diagnosticado por el doctor, diagnosticado por ella misma/, diagnosticado por el doctor y por ella misma.</p> <p>En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció la rinitis alérgica o rinitis alérgica estacional?_____años.</p>
7	<p>¿Ha tenido el padre alguna vez <b>eczema</b> (excluyendo dermatitis de contacto y psoriasis)? No/Si, En caso afirmativo: Diagnosticado por el doctor, diagnosticado por el mismo, diagnosticado por el doctor y por el mismo.</p> <p>En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el eczema?_____años.</p>
8	<p>¿Ha tenido el padre <b>asma</b> alguna vez? No/Si, En caso afirmativo: Diagnosticado por el doctor, diagnosticado por el mismo, diagnosticado por el doctor y por el mismo.</p> <p>En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció el asma?_____años.</p>
9	<p>¿Ha tenido el padre <b>rinitis alérgica o rinitis alérgica estacional</b> alguna vez? No/Si, En caso afirmativo: Diagnosticado por el doctor, diagnosticado por el mismo, diagnosticado por el doctor y por el mismo.</p> <p>En caso afirmativo, ¿que edad tenía cuando le apareció la rinitis alérgica o rinitis alérgica estacional?_____años.</p>

**Comentario [m1]:** Queda eliminada pues esta opción ya está incluida en la pregunta 2. Así la pregunta 2 pasa a ser la pregunta 1

### Preguntas Opcionales Suplementarias

<b>10</b>	<p>Desde el último cuestionario, ¿ha estado usted, o algún familiar cercano afectado por?:</p> <p><input type="checkbox"/> Un problema de salud serio (enfermedad crónica, depresión, operación quirúrgica, hospitalización)</p> <p>Por favor especifique la(s) persona(s) y el tipo de problema(s):          .....</p> <p><input type="checkbox"/> Aflicción</p>
<b>11</b>	<p>Desde el último cuestionario, ¿se ha trasladado?</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<b>12</b>	<p>Desde el último cuestionario, ha habido algún cambio en:</p> <p>-Su estado civil?</p> <p><input type="checkbox"/> Si (Por favor especifique: .....)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>-Su situación laboral o la de su pareja?</p> <p><input type="checkbox"/> Si (Por favor especifique: .....)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>
<b>13</b>	<p>Desde el último cuestionario, ha habido algún nuevo nacimiento en su familia?</p> <p><input type="checkbox"/> Si (Por favor especifique cuando:.....)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>

**VI) NUTRITION**

We will all use the cohort-specific Food Frequency Questionnaire for the measurement of nutrition

**VII) AIR POLLUTION**

We will use the ESCAPE measurements

**VIII) AMBIENTE INTERIOR****Gas Stove**

1	¿Utiliza cocina de gas para cocinar? Si/No
2	¿Tiene campana de extracción encima de la encimera? Si/No En caso afirmativo, cuando cocina utiliza el extractor: a) todo el tiempo? Si/No b) casi todo el tiempo? Si/No c) nunca? Si/No

**Humedad y Moho**

3	¿Considera que su casa o su piso tiene humedades? Si/No
4	¿Hay moho o manchas de moho en su vivienda (exceptuando en la comida)? Si/No
5	En caso afirmativo, ¿en qué habitaciones de su piso o casa? <input type="checkbox"/> Habitación del niño/a <input type="checkbox"/> Otras partes de la vivienda <input type="checkbox"/> Sótano

**Consumo de Tabaco**

6	¿Fuma la madre del niño <u>en el interior</u> de la vivienda? Si/No Si fuma ocasionalmente, número de cigarrillos por semana <u>en el interior</u> de la vivienda: __ Si fuma regularmente (a diario), número de cigarrillos por semana <u>en el interior</u> de la vivienda: __
7	¿Fuma el padre del niño <u>en el interior</u> de la vivienda? Si/No Si fuma ocasionalmente, número de cigarrillos por semana <u>en el interior</u> de la vivienda: __ Si fuma regularmente (a diario), número de cigarrillos por semana <u>en el interior</u> de la vivienda: __
8	Hay otras personas (exceptuando el niño/a) que fumen <u>en el interior</u> de la vivienda? Si/No Si fuma ocasionalmente, número de cigarrillos por semana <u>en el interior</u> de la vivienda: __ Si fuma regularmente (a diario), número de cigarrillos por semana <u>en el interior</u> de la vivienda: __

**Preguntas Opcionales Suplementarias**

<b>9</b>	Actualmente ¿Fuma la madre del niño/a? Si/ No/ No Sabe/ No Contesta Ocasionalmente, Número de cigarrillos...../semana	
<b>10</b>	En caso afirmativo, ¿Cuantos cigarrillos fuma la madre del niño/a en promedio? 1. _____ cigarrillos/semana 2. _____ cigarrillos/día No Sabe/ No Contesta	
<b>11</b>	Actualmente ¿Fuma el padre del niño/a? Si/ No/ No Sabe/ No Contesta Ocasionalmente, Número de cigarrillos...../semana	
<b>12</b>	En caso afirmativo, ¿Cuantos cigarrillos fuma la madre del niño/a en promedio? 1. _____ cigarrillos/semana 2. _____ cigarrillos/día No Sabe/ No Contesta	
<b>13</b>	Durante el día, con que frecuencia se encuentra su hijo/a en un espacio encerrado (p.e. vehículo) donde la gente fuma:	
	<b>(i) Días de la semana (Lunes-Viernes)</b>	<b>(ii) Fines de Semana</b>
	Todo el tiempo	
	Más de 5 horas	
	3-5 horas	
	1-2 horas	
	Menos de 1 hora	
	Nunca	

## IX) ACTIVIDAD FÍSICA

BIB has provided the scale they use to measure physical activity (see pdf attached)

Cohorts may choose either the proposal presented by INMA or BIB.

<b>1</b>	¿Cuántas horas <u>al día</u> suele dormir su hijo/a, INCLUIDA la siesta? _____ horas
<b>2</b>	<p>¿Cuanto tiempo suele pasar su hijo/a viendo la televisión/vídeos o jugando a videojuegos*?</p> <p>A. Durante la semana:                      Horas____Minutos____</p> <p>B. Los fines de semana:                      Horas____Minutos____</p> <p>*para niños mayores de 7 años</p>
<b>3</b>	<p>Durante una semana típica, ¿qué actividades físicas <b>EXTRAESCOLARES</b> realiza su hijo/a? Especifique la duración de cada actividad por día.</p> <p>Ej. Clases de baile/natación o correr, ir en bici, patinar, ir de excursión*, etc. (<b>Excluir Wii y el viaje al colegio</b>).</p> <p>*Excursión (consigna para las enfermeras): contabilizar las horas que el/la niño/a camina durante la excursión. Si el/la niño/a va dos veces al mes de excursión (con los padres, esplai, centro Scout, centro excursionista) tenéis que extrapolar las horas que el niño realiza la actividad física por semana. Ej. Si el/la niño/a camina un total de 6h (3h/ 2 sábados al mes) se contará como 1h 30min a la semana.</p>

Día	Actividad(es)*	Horas					Minutos	
<i>Ej: Lunes</i>	<i>Bici 30m</i>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4+</b>	<b>0</b>	<b>30</b>
	<i>Natación 30m</i>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4+</b>	<b>0</b>	<b>30</b>
Lunes		0	1	2	3	4+	0	30
Martes		0	1	2	3	4+	0	30
Miércoles		0	1	2	3	4+	0	30
Jueves		0	1	2	3	4+	0	30
Viernes		0	1	2	3	4+	0	30
Sábado		0	1	2	3	4+	0	30
Domingo		0	1	2	3	4+	0	30

<b>4</b>	<p>Durante una semana típica, ¿qué actividades físicas, <b>excluyendo el recreo/ patio</b>, realiza su hijo/a <b>dentro del horario escolar</b>? Especifique la duración de cada actividad por día.</p> <p>Información para enfermeras: actividad física incluye todas aquellas actividades programadas desde las clases de educación física (gimnasia), natación hasta clases de baile.</p>
----------	--

Día	Actividad(es)*	Horas	Minutos
<i>Ej: Lunes</i>		0 1 2 3 4+	0 30
		0 1 2 3 4+	0 30
Lunes		0 1 2 3 4+	0 30
Martes		0 1 2 3 4+	0 30
Miércoles		0 1 2 3 4+	0 30
Jueves		0 1 2 3 4+	0 30
Viernes		0 1 2 3 4+	0 30

<b>5</b>	<p>¿Cuánto tiempo <u>al día</u> tiene su hijo/a de recreo (patio)? _____ horas</p> <p>Si su hijo/a se queda a comer, incluya las horas de recreo después de la comida. _____ horas</p>
----------	--

<b>6</b>	<p>¿Sabe usted a qué suele jugar su hijo en el recreo/patio? Si/No</p> <p>En caso afirmativo, su hijo/a suele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Estar sentado/a hablando, leyendo etc</li> <li><input type="checkbox"/> Estar o pasear por el patio</li> <li><input type="checkbox"/> Correr y jugar a ratos</li> <li><input type="checkbox"/> Correr y jugar bastante</li> <li><input type="checkbox"/> Correr y jugar intensamente todo el tiempo</li> </ul>
----------	---

**XI) OTRAS INMUNIZACIONES E INFECCIONES**

For those interested in exploring the links with infections (vaccines) and atopy.

<b>1</b>	<p>Desde el ultimo cuestionario, ha tenido su hijo/a una o varias de las siguientes enfermedades infecciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Varicela</li> <li><input type="checkbox"/> Sarampión</li> <li><input type="checkbox"/> Paperas</li> <li><input type="checkbox"/> Rubéola Tos ferina</li> <li><input type="checkbox"/> Escarlatina</li> <li><input type="checkbox"/> Mononucleosis morbiliforme</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad de las parótidas</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedades exantemáticas</li> </ul> <p>En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____ años _____ meses</p> <p>¿Requirió este problema, al menos una vez, de la consulta a un doctor? Si/No</p>										
<b>2</b>	<p>¿Cuáles son las inmunizaciones que su hijo/a ha recibido <u>hasta la fecha</u>?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Vacuna</th> <th style="width: 40%;">Día administrada (dd/mm/aa)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p><i>Añada más filas si es preciso</i></p>	Vacuna	Día administrada (dd/mm/aa)								
Vacuna	Día administrada (dd/mm/aa)										