

ENCUESTA 12 MESES

Encuesta 12 MESES

Nº Identifica Data part

Fecha 12 m Edad RN

Nom mare Telèfon Paridad

Nom RN Llinages RN

Fecha 6 me Edad enc6M

Pediatra Problema RN

Guarderia

Mocos Mocos 1º episod

Mocos situaci Mocos + fieb Mocos pediatria Mocos / resf

Tos Tos 1º episod

Tos situació Tos + fiebr Tos pediatria Tos / resfria

PeC PeC 1º epis

PeC situació PeC + fiebr PeC pediatr PeC / resfria

Pitos Pitos 1º epis

Pitos situaci Pitos + fieb Pitos pediatr Pitos / resfri

TTO RESPIRATORIO

Ingreso hospitalario

Otitis Otitis 1º epi

Otitis situaci Otitis + fieb Otitis pediat

Otitis TTO

Otitis hospit

Nº veces antibiotico

Acumulat 1 aug

Dentición

Dentición + febr

Reacción vacunas

Reacción vacunas + febre

→ Otros SALU Prematuro

Piel seca 1º episod

Piel seca actual

Piel seca pliegues

Piel seca pediatria

Piel seca TTO

Eczema localización Eczema 1º episod

Eczema actua Eczema pliegues Eczema pediatria

Eczema TTO

Costra lactea 1º episod Costra lactea actu Costra lactea pedi

Costra lacte

Otros-PIEL

Lactancia matern

Cereales s/g

Cereales c/g

Fruta

Pescado

Verdura

Yema huevo

Pollo

Clara huevo

Ternera

Leche y deri

Yogurt

Cerdo y deri

Otros alimen

Marca leche

Problemas digestivos

Problemas cutaneos

Canvi domi

Reformas

CAMBIO DE DOMICILIO

1. Nueva dirección:.....

1.1. ¿Cuándo se cambió? (fecha).....

1.2. Su domicilio se encuentra en:

1. Casco urbano 2. Urbanización 3. Casa de campo

1.3. ¿Cuántas habitaciones tiene la casa?.....

2. Otras características del hogar:

2.1. ¿Tienen chimenea?.....1.Sí 2.No

2.2. ¿Y salamandra?.....1.Sí 2.No

2.3. ¿Utiliza estufa de gas?.....1.Sí 2.No

2.4. ¿Tiene calefacción eléctrica?.....1.Sí 2.No

2.5. ¿Tiene aire acondicionado?.....1.Sí 2.No

2.6. ¿Tiene calentador de gas?.....1.Sí 2.No

2.7. En su vivienda, ¿tiene?

	Salón	Hab.bebé	Hab.padres	Otras
Alfombras	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No
Cortinas	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No
Peluches	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No
Humedad	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No

3. Cocina:

- Tipo de cocina:

1. Butano 2. Propano 3. Eléctrica 4. Otras.....

- Tipo de horno:

1. Butano 2. Eléctrico 3. Otros.....

- ¿Tiene extractor encima de la cocina? 1.Sí 2.No

Si la respuesta es sí, lo utiliza:

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca

Vivienda Ser. Aug

ENCUESTA 12 MESES

HABITACION BEBE:

1. ¿En que habitación duerme el niño ahora?

- 1. Padres
- 2. Propia
- 3. Hermanos

¿A que edad cambió?.....meses.

2. ¿Cuántas personas duermen en la habitación del niño/-a?.....

3. ¿Qué tipo de cama utiliza ahora? 1. Cuna 2. Cama

¿Desde que edad?..... meses.

4. Tipo de colchón:

- 1. Espuma
- 2. Muelles
- 3. Borrado plástico
- 4. Otros

5. Tipo de almohada:

- 1. Espuma
- 2. "Guata blanca"
- 3. Otros
- 4. No tiene

6. En esta habitación tiene:

- 1. Alfombras
- 2. Peluches
- 3. Cortinas
- 4. Humedad
- 5.....

ANIMALES

1. ¿Tiene animales en casa? 1.si 2.no

¿Cuáles? 1.perro.... 3.peces.... 5.hamsters....

2.gato.... 4.pájaros... 6.otros.....

TABACO

1. ¿Fuma alguien en casa? 1.si 2.no

	Madre	Padre		
Cuántos cig. total				
Cuántos cig. casa				
Marca tabaco				
Desde cuándo				