

3m

AMICS: Estudi Europeu sobre Factors de Risc d'Asma Infantil

CUESTIONARIO POSTPARTO A DOMICILIO

□□□□□

I. PARTO Y LACTANCIA

Fecha:..... Hora:..... Lugar:.....

Tipo de parto: 1.Eutócico 2.Cesárea 3.Forceps 4.Otros

Alumbramiento: 1.Espontáneo 2.Inducido/Provocado

Recién nacido: Peso al nacer..... Peso al alta.....

Talla..... Perímetro craneal.....

Lactancia: 1.Materna 2.Artificial 3.Mixta

Si 2 ó 3:..marca de leche:.....fecha en qué empezó □□□□□

¿ Cambió el tipo de lactancia?.....

Tocólogo:..... Comadrona:..... Pediatra:.....

1. ¿ Tuvo el niño algún problema en el parto o en sus primeros días de vida?

1.Sí 2.No Especificar:.....

2. ¿ Tuvo usted algún problema en el parto o en sus primeros días de postparto? 1.Sí 2.No Especificar.....

Fecha alta madre:□□□□□ Fecha alta RN:□□□□□

G.Sang. Madre:..... G.Sang.RN:.....

Observaciones:.....

II. ANTECEDENTES

1. ¿Tuvo algún problema de salud durante el embarazo? 1.Sí 2.No

Especificar:.....

2. ¿Tuvo algún episodio de asma, rinitis y/o eczema durante el embarazo?

1.Sí 2.No Especificar:.....

3. ¿Ha tomado algún medicamento durante el último trimestre de embarazo?

1.Sí 2.No Especificar:.....

4. Desde la encuesta anterior, ¿ha recordado algún episodio alérgico ocurrido a usted o a algún familiar que no nos haya referido ya?.....

III. TABACO

Madre

V227 1. ¿ Fuma en la actualidad?.....1.Sí 2.No

Si la respuesta es si:

V228 1.1.¿ Cuánto fuma al día?..... cig./día

V229 1.2.¿Qué tipo de tabaco?.....1.Normal 2.Bajo en nicotina

V230 1.3. Recuerda la marca:.....

V231 1.4.¿Cuánto fumaba durante el último trimestre de embarazo?
.....cig./día No fumó.....

Si la respuesta es no:

V232 2. ¿Dejó de fumar:.....

1. Antes del embarazo 2. 1º trimestre 3. 2º trimestre
4. 3º trimestre 5. Parto 6. Nunca fumó o hace años

V233 3. ¿Qué exposición a humo de tabaco tuvo en su trabajo durante el 3º trimestre de embarazo:.....

1. Nada 2. Esporádica 3. Poca 4. Mucha 5. No trabajó

Marido o compañero

V234 4. ¿ Fuma en la actualidad?.....1. Sí 2. No

Si la respuesta es sí:

V235 4.1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?..... cig./día.

V236 4.2. ¿ Qué tipo de tabaco?... 1.Normal 2.Bajo en nicotina

V237 4.3. Recuerda la marca:.....

V238 4.4. ¿ Disminuyó el consumo durante el embarazo?.....1.Sí 2.No

Si la respuesta es sí:

V239 4.4.1. ¿ A partir de qué mes?..... mes.

V240 TOTAL cig./día V241 CASA cig./día

V242 4.5. ¿ Fuma menos desde que ha nacido el niño/a? 1.Sí 2.No

V243 4.6. ¿ Fuma menos en el domicilio desde que ha nacido el niño/a?.....

1.Sí 2.No

Si la respuesta es no:

V244 5.1. ¿ Ha fumado anteriormente?.....1.Sí 2.No

Si la respuesta es sí:

V245 5.2 ¿ Dejó de fumar por el embarazo?..... 1.Sí 2.No

V246 5.3 ¿ Dejó de fumar por el nacimiento de su hijo/a? 1.Sí 2.No

Otros

V247 6. ¿ Fuma alguien más en su domicilio?.....1.Sí 2.No

Si la respuesta es sí: 1 2

V248 , V251 6.1. ¿ Cuántos cigarrillos fuma en casa?..... cig./día. cig./día

V250 , V252 6.2. ¿ Qué tipo de tabaco?..... 1.N 2.BN 1.N 2.BN

V253 , V254 6.3. Recuerda la marca:

IV. HOGAR

V254 1. ¿ Se ha cambiado de casa desde la primera entrevista?1.Sí 2. No.....

Si la respuesta es no: *cambio de cocina / calefacción / alfombras*

V255 1.1. ¿ Ha hecho obras en su casa?..... 1.Sí 2.No

V256 Especificar:.....

Si la respuesta es sí:

V257 1.2. ¿Cuándo se cambió?(mes de embarazo).....

V258 1.3. Su domicilio se encuentra en:.....

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

V259 1.4. ¿Cuántas habitaciones tiene la casa?.....

2. Otras características del hogar:

V260 2.1 ¿Tienen chimenea?.....1.Sí 2.No

V261 2.2. ¿Y salamandra?.....1.Sí 2.No

V262 2.3. ¿Utiliza estufa de gas?.....1.Sí 2.No

V263 2.4.¿ Tiene calefacción eléctrica?.....1.Sí 2.No

V264 2.5.¿ Tiene aire acondicionado?.....1.Sí 2.No.....

2.6. En su vivienda, ¿ tiene?

	Salón	Hab.bebé	Hab.padres	Otras
V265-V268 Alfombras	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No
V269-V272 Cortinas	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No
V273-V276 Peluches	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No
V277-V280 Humedad	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No	1.Sí 2.No

Cocina:

V281 - Tipo de cocina:.....

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

V282 - ¿Tiene extractor encima de la cocina? 1. Sí 2. No!.....

V283 Si la respuesta es sí, lo utiliza:.....

1. Siempre 2. A veces 3. Nunca

Limpieza:

V284 - ¿Cuántas veces limpia a fondo la casa?.....

V285 - ¿Cuándo fue la última vez que ha pasado la fregona?.....

V286 - ¿Tiene aspirador? 1. Sí 2. No.....

V287 - ¿Cuántas veces al mes pasa el aspirador por la casa?.....

V288 - ¿Cuántos días hace que pasó el aspirador por última vez?.....

- ¿Cuántas horas al día tiene las ventanas abiertas para ventilar:

Invierno: horas min. V289, V290

Verano: horas min. V291, V292

Habitación del niño/-a:

V293 1. ¿En que habitación duerme el niño ahora? 1. Padres 2. Propia.....

V294 2. ¿Cuántas personas duermen o dormirán en la habitación del niño/-a?....

V295 3. ¿Qué tipo de cama utiliza ahora? 1. Moisés 2. Cuna.....

V296 Moisés Cuna V297

4. Tipo de colchón:.....

1. Espuma 2. Muelles 3. Forrado plástico 4. Otros

5. Tipo de almohada:..... V298 V299

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

Del total de las 24h. diarias, en promedio:

V300 5. ¿Cuántas horas al día pasa el niño/-a en su habitación?.....

V301 6. ¿Cuántas horas al día pasa en la sala de estar?.....

V302 7. ¿Cuántas horas al día pasa en la cocina?.....

V303 8. ¿Cuántas horas al día pasa fuera de casa?.....

V304 9. ¿Cuántas horas al día pasa en la habitación de los padres?.....

V305 10. ¿Cuántas personas duermen en la habitación de los padres?.....

V306 11. ¿Con qué frecuencia duerme el niño/-a en la cama de los padres?.....

1. Nunca 2. Ocasionalmente, a ratos 3. La mayor parte de los días

V. TRABAJO

Madre

V307 1. ¿ Trabajó durante el último trimestre de embarazo? 1.Sí 2. No.....

Si la respuesta es sí:

V308. 1.1. ¿ Su ocupación fue la misma del primer trimestre? 1.Sí 2. No.....

si la respuesta es no:

V309 especificar nueva ocupación laboral.....

VI. ANIMALES EN EL DOMICILIO

V310 1. ¿ Ha variado el número y/o especies de animales en su domicilio desde la última encuesta?..... 1.Sí 2.No.....

Si la respuesta es sí, especificar:

V311 1.más.....

V312 2.menos.....

V313 2.¿Duerme algún animal en la habitación del niño/-a? 1.Sí 2.No.....

V314 ¿Cuál?.....

VII. CUESTIONARIO DE FRECUENCIAS DE CONSUMO ALIMENTARIO

Ahora nos interesaría conocer, en líneas generales, su **dieta durante el embarazo**. Para ello, nos tiene que decir con qué frecuencia consumía, por término medio, cada uno de los grupos de alimentos que le enumeraremos a continuación. Esta frecuencia de consumo la puede referir al número de veces por día (D), por semana (S), por mes (M) o al año (A). Si un grupo de alimentos no lo consumió nunca se señalará (N). Para algunos alimentos tendremos en cuenta la variación estacional que pudiera tener durante el embarazo.

-¿Qué aceite utilizaba habitualmente para tomar crudo (ensaladas, verduras...):

1. Oliva 2. Girasol 3. Otro: _____

-¿Qué aceite/grasa utilizaba habitualmente para cocinar?

1. Oliva 2. Girasol 3. Otro: _____

-¿Modificó su dieta durante el embarazo respecto a su dieta anterior?

1. Si 2. No En caso afirmativo: ¿en qué sentido?:

Aumentó el consumo de.....

.....

Disminuyó el consumo de.....

.....

	N	D	S	M	A
1. Pan (<i>número rebanadas</i>)					
2. Pasta (espagueti, macarrones ...)					
3. Arroz.					
4. Legumbres (*)					
5. Patatas					
6. Verduras hervidas (*)					
7. Verduras y hortalizas crudas (ensaladas ...) (*)					
8. Hortalizas y verduras cocinadas (*)					
9. Carne de ternera					
10. Carne de cerdo					
11. Pollo y otras aves					
12. Hígado y otras vísceras					
13. Pescado					
14. Calamar, sepia, pulpo ...					
15. Mariscos					
16. Huevos (<i>número</i>)					
17. Jamón, sobrasada y embutidos					
18. Queso fresco (tierno)					
19. Queso semi o curado					
20. Yoghurts, flanes y cremas (<i>unidades</i>)					
21. Leche (<i>vasos o tazas</i>)					
22. Mantequilla					
23. Margarina					
24. Repostería i pastelería (ensaimada, coca, pastel, galletas..)					
25. Cereales (Kellogs..)					
26. Chocolate (<i>tamaño chocolatina</i>)					
27. Fruta fresca (<i>unidades</i>)					
28. Zumo de fruta, mermelada, fruta en almibar					
29. Aceitunas y frutos secos (<i>ración, puñado</i>)					
30. Café o té (<i>tazas</i>)					
31. Refrescos con gas					
32. Cerveza (<i>número de jarras o botellines</i>)					
33. Vino de mesa y cava (<i>vasos</i>)					
34. Aperitivos, vermouth, vino dulce (<i>copas</i>)					
35. Licores y aguardientes (<i>copas</i>)					

Tipo habitual:

1. Blanco 2. Integral 3. Mixto

1. Blanco 2. Azul 3. Mezcla

1. Entero 2. Semi 3. Desnatado

1. Entera 2. Semi 3. Desnatada

Marca: _____

1. Coca-cola 2. Otros

VIII. COMPRESION

1. Nivel estimado de comprensión del cuestionario.....

1. Excelente 2. Buena 3. Regular 4. Mala

2. ¿ Quién responde a las preguntas referidas al marido o compañero?.....

1. El mismo 2. La mujer

RECOGIDA DE POLVO:

Salón-comedor:.....NºIdent.....

Habitación.....:.....NºIdent.....

RECOGIDA ADAPTADOR NO2:

Salón-comedor:.....NºIdent.....

infancia remide a l'any!!!

Frequency Aug 1st

Is there a situation that provokes it?

Fever Pediatric visit

Hospital admission

Treatment

ENCUESTA SEIS MESES

1. Cambio de domicilio:

2. Asistencia a guardería: 1. si 2. no

Nombre guardería:

	Frecuencia	Edad tr episodio	Situación que lo provoca	Fiebre	Visita pediatrica	Ingreso hospitalario	Tratamiento
Mocos							
Tos							
Pecho cargado							
Sibilancias							
Inf. oído							
Reacción vacunal							
Otros							

① RINNY NOSES

③ COUGHING

② CHESTINESS

④ WHEEZE

⑤ Ear infections

Reactions vaccine other

Frecuencia: N. nunca H. habitualment
Situación que lo provoca: resfriado, llanto, noche, infección.....
Ingreso hospitalario: diagnóstico, fecha y lugar

PROBLEMAS EN PIEL

Skin problems

Agg at 1st

New

	Edad 1r episodio	Actual	Afecta pliegues	Visita pediatra	Tratamiento
Piel seca					
Eczema general					
Eczema pañal					
Costra láctea					

Afecta pliegues: zona anterior del codo, detrás de las rodillas, delante de los tobillos, alrededor del cuello o alrededor de los ojos, ingles y axilas
 Eczema: erupción eritematosa escamativa
 Costra láctea: lesiones descamativas en cuero cabelludo

ALIMENTACIÓN FEEDING

- ¿Mantiene LACTANCIA MATERNA? 1. si 2. no
 ← ¿A qué edad terminó? Motivo:
- Alimentos que ha introducido en la dieta del bebé: (ALIMENTO / EDAD)
 Cereales s/gluten Pollo
 Fruta: naranja/manzana/pera/plátano Ternera
 Verdura Yogurt
- Algun alimento (incluida la leche) ha producido al bebé algún problema: 1. digestivo 2. cutáneo
 Especificar:

6 months after delivery

AMICS: Estudio Europeo sobre factores de Riesgo del Asma Infantil

RESULTADOS PRICK-TEST < PADRE
MADRE

Nº IDENTIFICACIÓN FECHA HORA

NOMBRE Y APELLIDOS.....

CODIGO

1. HISTAMINA

2. SUERO → control negativo

Derp1 { 3. DERM. F
4. DERM. P (derp1)

5. GRAMÍNEAS

6. ARBOLES

7. OLEO

8. PARIETARIA

mgp 9. HIERBAS

10. PERRO

feld 1 11. GATO (feld 1)

12. CABALLO