

ENQUESTA 4 ANYS

Nº Identificació

Data part

Comentaris:

Nom mare

Nom company

Domicili correu

Ciutat

Domicili actual

Ciutat residenci

Telèfon

Otras personas y datos de contacto:

Nom RN

Llinages RN

Data 3 anys

Data 4 anys

Nºhermanos a los 3 años

Nuevos hijos de 2 a 3 año

Enq. 3 a. F.nacim.

Nºhermanos a los 4 años

Nuevos hijos de 3 a 4 años

Enq. 4 a. F.nacimi

Otras personas que viven en el domicilio:

1.- Padre del niño 2.- Nuevo compañero 3.- Otros:

Estado Civil:

1.- Soltera 2.- Casada 3.- Separada o divorciada 4.- Viuda 5.- Otro

Pediatra

Problema RN

Guardería a los 3 años:

Horas/semana a los 3 años

Escuela/Guardería actual:

D3 ¿Cuántas horas va a la semana?.....

Sabe si la maestra fuma en clase?

Sí fuma 1 No fuma 2 NS/NC 3

D2 ¿A qué edad empezó a ir a la guardería su hijo/a?

A los años y meses

¿Tiene de forma regular algun/a canguro o cuidador/a para su hijo/a?

SI..... 1 NO.....2

D5 ¿Fuma el/la canguro o la cuidadora en casa?

SI..... 1 NO.....2 NS/NC 3

¿Quién contesta la encuesta?

Madre 1

Padre 2

Otro 3

A.- PREGUNTAS SOBRE LA SALUD

1. Sibilantes (pitos)

A1 ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a en los últimos 12 meses?

- Por sibilantes o pitos queremos decir silbidos procedentes del pecho, pero no la respiración ruidosa debida a la nariz tapada.
- Por otra infección queremos decir dolor de garganta, infección del oído o fiebre.

-> *Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección, tampoco por la noche, ni en tiempo frío ni cuando corre (nº episodios=0) 1* (ir a A15)

-> *Ocasionalmente o a veces tiene pitos (nº episodios=1-6) 2*

A2 ¿Cómo describiría sus pitos cuando está resfriado con la nariz mucosa u otra infección?

- Tiene pitos sólo cuando está resfriado o tiene otra infección 1 (ir a A4)
- Cuando está resfriado o tiene otra infección no aumentan sus pitos 2 (ir a A4)
- Cuando está resfriado o tiene otra infección aumentan sus pitos 3 (ir a A4)

-> *Tiene pitos la mayor parte del tiempo o siempre, (nº episodios=7 o más) 3*

A3 ¿Cómo describiría sus pitos cuando está resfriado con la nariz mucosa u otra infección?

- Cuando está resfriado o tiene otra infección aumentan sus pitos 1 (ir a A4)
- Cuando está resfriado o tiene otra infección no aumentan sus pitos 2 (ir a A4)
- Siempre está resfriado o tiene otra infección 3 (ir a A4)

A4 Si su hijo ha empezado a tener pitos en los últimos 12 meses, ¿Qué edad tenía cuando usted notó por primera vez que su hijo/a tenía pitos?

.....(años) y (meses)

A5 ¿Ha tenido alguna vez pitos por la noche? SI..... 1 NO..... 2
(incluso sin estar resfriado ni tener otra infección)

A6 ¿Alguna vez el llanto le ha provocado pitos? SI..... 1 NO..... 2
(incluso sin estar resfriado ni tener otra infección)

A7 ¿Alguna vez correr le ha provocado pitos? SI..... 1 NO..... 2
(incluso sin estar resfriado ni tener otra infección)

A8 ¿El frío o la niebla le provocan pitos? SI..... 1 NO..... 2

A9 ¿Algun animal doméstico le ha provocado pitos? SI..... 1 NO..... 2

A9.1. Si SI, qué tipo de animal

A10 ¿El polvo de la casa le provoca pitos? SI..... 1 NO..... 2

A11 ¿Ha percibido usted alguna otra cosa o situación concreta que le provoque pitos? SI..... 1 NO..... 2

A11.1 Si contesta que SI, descríbala por favor:.....

A12 ¿Alguna vez sus pitos han sido tan severos que han producido que parase de respirar? SI..... 1 NO..... 2

- A.12.1 Si SI, esto ha pasado: Sólo una vez 1 A menudo (una a la semana).....4
- Pocas veces (menos de 6) 2 Muy a menudo (casi todos los días)5
- Ocasionalmente (uná al mes).....3

A13 ¿Alguna vez sus pitos han sido tan severos que no le dejan dormir? SI.....1 NO..... 2

A.13.1 Si SI, esto ha pasado: Sólo una vez 1 A menudo (una a la semana).....4
Pocas veces (menos de 6) 2 Muy a menudo (casi todos los días)5
Ocasionalmente (una al mes).....3

A14 ¿Alguna vez sus pitos han sido tan severos que interfieren sus actividades?

SI.....1 NO..... 2
A.14.1 Si SI, esto ha pasado: Sólo una vez 1 A menudo (una a la semana).....4
Pocas veces (menos de 6) 2 Muy a menudo (casi todos los días)5
Ocasionalmente (una al mes).....3

A14.2. ¿Cuáles son estas actividades?

2. Pecho cargado

A15 ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo en los últimos 12 meses?

- Por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho.
Por otra infección queremos decir dolor de garganta, infección del oído o fiebre.

-> *Nunca tiene el pecho cargado; aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección* 1 (ir a A21)

-> *Ocasionalmente o a veces tiene el pecho cargado (nº episodios=1-6)* 2

A16 ¿Cómo describiría su pecho cargado cuando está resfriado con la nariz mucosa u otra infección?

Tiene el pecho cargado sólo cuando está resfriado o tiene otra infección 1 (ir a A18)
Cuando está resfriado o tiene otra infección no tiene el pecho más cargado 2 (ir a A18)
Cuando está resfriado o tiene otra infección tiene el pecho más cargado 3 (ir a A18)

-> *Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre (7 o más episodios)..* 3

A17 ¿Cómo describiría su pecho cargado cuando está resfriado con la nariz mucosa u otra infección?

Cuando está resfriado o tiene otra infección tiene el pecho más cargado 1 (ir a A18)
Cuando está resfriado o tiene otra infección no tiene el pecho más cargado 2 (ir a A18)
Siempre está resfriado o tiene otra infección. 3 (ir a A18)

A18 Si su hijo ha empezado a tener el pecho cargado durante los últimos 12 meses. ¿Qué edad tenía cuando usted notó por primera vez que su hijo/a tenía el pecho cargado?

.....(años) y (meses)

A19 ¿Ha percibido usted alguna cosa o situación concreta que le provoque tener el pecho cargado? SI.....1 NO..... 2

A19.1 Si contesta que SI, descríbalas por favor:.....

3. Tos

A21 ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo en los últimos 12 meses?

-> *Nunca tiene tos, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección, tampoco por la noche, ni en tiempo frío ni cuando corre (nº episodios=0)* 1 (ir a A33)

-> *Ocasionalmente o a veces tiene tos (nº episodios=1-6)* 2

A22 ¿Cómo describiría su tos cuando está resfriado con la nariz mucosa u otra infección?

Tiene tos sólo cuando está resfriado o tiene otra infección 1 (ir a A24)

Cuando está resfriado o tiene otra infección no aumenta su tos 2 (ir a A24)

Cuando está resfriado o tiene otra infección aumenta su tos 3 (ir a A24)

-> *Tiene tos la mayor parte del tiempo o siempre (nº episodios=7 o más)* 3

A23 ¿Cómo describiría su tos cuando está resfriado con la nariz mucosa u otra infección?

Cuando está resfriado o tiene otra infección aumenta su tos 1 (ir a A24)

Cuando está resfriado o tiene otra infección no aumenta su tos 2 (ir a A24)

Siempre está resfriado o tiene otra infección 3 (ir a A24)

A24 Si su hijo ha empezado a tener tos durante los últimos 12 meses, ¿Qué edad tenía cuando usted notó por primera vez que su hijo/a tenía tos?

.....(años) y (meses)

A25 ¿Tose a menudo por la noche?

(incluso sin estar resfriado ni tener otra infección)

SI..... 1 NO..... 2

A26 ¿Le hace toser el llanto a menudo?

(incluso sin estar resfriado ni tener otra infección)

SI..... 1 NO..... 2

A27 ¿Le hace toser el correr?

(incluso sin estar resfriado ni tener otra infección)

SI..... 1 NO..... 2

A28 ¿Le hace toser el frío o la niebla?

(incluso sin estar resfriado ni tener otra infección)

SI..... 1 NO..... 2

A29 ¿Algún animal le hace toser?

SI.....1 NO..... 2

A29.1. Si SI, qué tipo de animal

A30 ¿El polvo de la casa le hace toser?

SI..... 1 NO..... 2

A31 ¿Ha percibido usted alguna otra cosa o situación concreta que le provoque tos?

SI.....1 NO..... 2

A31.1 Si contesta que SI, descríbala por favor:.....

A32 ¿Alguna vez la tos ha sido tan severa que no le deja dormir? SI.....1 NO..... 2

A.32.1 Si SI, esto ha pasado: Sólo una vez 1

Pocas veces (menos de 6) 2

Ocasionalmente (una al mes).....3

A menudo (una a la semana).....4

Muy a menudo (casi todos los días)5

4. Resfriado o nariz mucosa

A33 ¿Cuántas veces ha estado su hijo resfriado o con la nariz mucosa en los últimos 12 meses?

Ninguna.....1	Entre 6 y 124
1 o 22	Más o menos siempre lo está.....5
Entre 3 y 5.....3	

A34 ¿Tiene tendencia a frotarse la nariz o los ojos, aparte de cuando está cansado o enfadado?
(incluso cuando no está resfriado ni tiene otra infección) SI.....1 NO..... 2

A35 ¿El contacto con animales le produce la nariz mucosa o tapada? SI.....1 NO..... 2
(incluso cuando no está resfriado ni tiene otra infección)

A35.1. Si SI, que tipo de animal.....

A36 ¿El polvo de la casa le produce la nariz mucosa o tapada? SI.....1 NO..... 2
(incluso cuando no está resfriado ni tiene otra infección)

5. Infecciones del oído

A37 ¿Cuántas infecciones del oído ha tenido su hijo en los últimos 12 meses?

Ninguna.....1	Entre 6 y 124
1 o 22	Más o menos siempre lo está.....5
Entre 3 y 5.....3	

A38 Si ha tenido su primera infección de oído en los últimos 12 meses ¿Qué edad tenía, entonces?
.....(años) y (meses)

6. Problemas de la piel

A39 En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido su hijo algún episodio de picor en la piel?

SI.....1 NO..... 2

- Por picor queremos decir necesidad de rascarse o frotarse la piel

A40 ¿Ha tenido este trastorno durante la última semana? SI.....1 NO..... 2

A41 ¿Qué edad tenía cuando empezaron estos problemas de la piel?

Menos de 1 año.....1 1 año..... 2 2 años.....3 3 años.....4

A42 ¿Ha afectado alguna vez a los pliegues de la piel? SI.....1 NO..... 2

- Por pliegues de la piel queremos decir la zona anterior del codo, detrás de las rodillas, delante de los tobillos, alrededor del cuello o alrededor de los ojos

A43 En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido su hijo algún problema de piel seca en general?

SI.....1 NO..... 2

A44 En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido su hijo alguno de los siguientes problemas de piel?

A44.1 Eczema	SI.....1	No.....2
A44.2 Berrugas	SI.....1	No.....2
A44.3 Psoriasis	SI.....1	No.....2
A44.4 Manchas en la cara	SI.....1	No.....2

7. Otros problemas de salud

- A45 En su opinión, ¿ Ha sufrido su hijo/a alguna vez de asma? SI.....1 NO..... 2
• Por asma queremos decir ataques de tos con pitos
- A46 En su opinión, ¿Ha sufrido su hijo/a alguna vez de rinitis? SI.....1 NO..... 2
• Por rinitis queremos decir ataques de estornudos con nariz mucosa o picor en los ojos durante el verano

8. Diagnósticos médicos

- A47 ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que su hijo tenía asma? SI.....1 NO..... 2
- A48 ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que su hijo tenía sibilantes o pitos en el pecho?
SI.....1 NO..... 2
- A49 ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que su hijo tenía una infección en el pecho?
SI.....1 NO..... 2
- A50 ¿Algún médico le ha dicho alguna vez que su hijo tenía eczema? SI.....1 NO..... 2

9. Hospital

- A51 En los últimos 12 meses ¿ Ha necesitado su hijo visitar alguna vez un hospital (incluyendo accidentes o visitas ambulatorias)? SI.....1 NO..... 2

A51.1. Si SI, por qué motivo/s (puede señalar uno o más):

Accidente SI.....1 NO..... 2

Visita ambulatoria SI.....1 NO..... 2

Si SI: lugar: HVT ...1 Otro:..... Motivo:.....

Ingresos SI.....1 NO..... 2

Si SI: lugar: HVT ...1 Otro:..... Motivo:.....

Número de ingresos:

10. Otras enfermedades

- A52 ¿Su hijo ha tenido algún otro problema de salud en los últimos 12 meses?
SI.....1 NO..... 2

A52.1. Si SI, explíquelo:

- A53 ¿Su hijo ha tomado algún medicamento de forma habitual en los últimos 12 meses?
SI.....1 NO..... 2

A53.1. Si SI, explíquelo:

- A54 En los últimos 12 meses ¿Su hijo ha tomado alguna vez antibióticos?
SI.....1 NO..... 2

A55 Si SI: ¿Por qué? (por favor señale una o más)

A55.1 Pecho Si...1 No....2 Si SI: Cuántas veces?

A55.2 Oído Si...1 No....2 Si SI: Cuántas veces?

A55.3 Piel Si...1 No....2 Si SI: Cuántas veces?

A55.4 Otras Si...1 No....2 Si SI: Cuántas veces?

B: ENTORNO

1. Casa

B1. ¿Ha cambiado de domicilio desde la última entrevista? SI..... 1 NO..... 2

B2. Si SI: ¿Cuándo se trasladó a ella? Fecha (dd-mm-aaaa)/...../.....

Ubicación: Casco urbano 1 Urbanización 2 Casa de campo 3

Nueva dirección:

B3. ¿Qué tipo de cocina tiene?

Gas Butano.....1 Eléctrica.....3
Propano.....2 Otra.....4

B3. ¿Qué tipo de calentador de agua tiene?

Gas Butano.....1 Eléctrico3 Otra.....5
Propano.....2 Gasoil/petróleo.....4

B4. ¿Qué tipo de calefacción central tiene?

Gas Butano.....1 Eléctrica3 Petróleo (gas-oil).....5
Propano.....2 Ninguna4 Madera (o carbón)6

B4.1. ¿Tiene aire acondicionado?

SI, sólo para el verano.....1 SI, sólo para invierno.....2 SI, para verano e invierno.....3 No.....4

B5. ¿Utiliza alguna estufa de butano o similar?

SI..... 1 NO..... 2

B6. ¿Tiene alguna chimenea/estufa de hierro/salamandra que use?

SI, chimenea abierta 1 SI, chimenea/estufa cerrada 2 No 3

2. Dormitorio del niño

B7. ¿Cuántas personas duermen en la habitación de su hijo?

B8. ¿Hay alguna señal visible de humedad?

SI..... 1 NO..... 2

3. Animales domésticos

B9. ¿Tiene animales en casa?

SI..... 1 NO..... 2

Si contesta que sí, cite los siguientes detalles de cada uno de ellos:

	¿Tiene?		Cantidad	¿Viven en la casa?		¿Duermen en hab. Niño?	
	Si ... 1	No ... 2		Si ... 1	No ... 2	Si ... 1	No ... 2
Gato/s	Si ... 1	No ... 2		Si ... 1	No ... 2	Si ... 1	No ... 2
Perro/s	Si ... 1	No ... 2		Si ... 1	No ... 2	Si ... 1	No ... 2
Pájaro/s	Si ... 1	No ... 2		Si ... 1	No ... 2	Si ... 1	No ... 2
Hamster/s	Si ... 1	No ... 2		Si ... 1	No ... 2	Si ... 1	No ... 2
	Si ... 1	No ... 2		Si ... 1	No ... 2	Si ... 1	No ... 2

5. Tabaco / Peso y talla de los padres

B12. ¿Fuma alguien de los que viven en la casa?

SI..... 1 NO..... 2

B13. ¿Qué cantidad fuma/n (al día)?

	Si ... 1	No ... 2	Total cig./día	Cig./día en casa
Madre	Si ... 1	No ... 2		
Padre	Si ... 1	No ... 2		
Otro 1:	Si ... 1	No ... 2		
Otro 2:	Si ... 1	No ... 2		
	Si ... 1	No ... 2		

	Peso	Talla
Madre		
Padre		

**ESTUDI SOBRE L'EFFECTE DELS COMPOSTOS ORGANOCLORATS
EN EL DESENVOLUPAMENT NEUROCONDUCTUAL DEL NEN**

QÜESTIONARI DE FREQUÈNCIES DE CONSUM ALIMENTARI

ID nen/a : _____
Nom nen/a: _____ Cognoms nen/a: _____
Sexe <input type="checkbox"/>
Data naixement nen/a: ____ / ____ / 199__
Data complimentació: ____ / ____ / 200__
Complimentat per: _____

Nos interesaría conocer la dieta habitual de su hijo/a. Me tendría que decir con qué frecuencia su hijo/a consume cada uno de los grupos de alimentos que le enumeraré 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 ha consumido nunca, marcar ✓ en la casilla "Mai").

Grup d'aliments ¿Con qué frecuencia consume su hijo/a?)	Frecüència de consum					Característiques de l'aliment
	D	S	M	A	Mai	
1. Pan (incluyendo bocadillos)						a. Blanco b. Integral c. Ambos
2. Pasta: espaguetis, 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						a. Blanco b. Azul c. Ambos
14. Calamares, sepia, pulpo...						
15. Marisco						
16. Huevos (número)						
17. Jamón, sobrasada y/o otros embutidos						
18. Queso fresco/tierno						
19. Queso semi o curado						
20. Yogurts, flanes y cremas (unidades)						a. Entera b. Semi c. Desnatada
21. Leche (vasos o tazas)						a. Entera b. Semi c. Desnatada
22. Mantequilla						Marca: _____
23. Margarina						Marca: _____
24: Bollería: ensaimadas, coques, galletas...						
25: Cereales: Kellogs.... (vasos o tazas)						
26: Chocolate						
27: Fruta fresca (piezas)						
28: Zumos de fruta, mermelada, fruta en almíbar						
29. Aceitunas y frutos secos						
30. Refrescos con gas (vasos)						a. Coca-cola b. Otros c. Ambos
31. Altres:						

- ¿Qué aceite utilizan habitualmente para comer crudo (en ensaladas, verduras,...)?
a. Oliva b. Girasol c. Otros: _____
- ¿Qué aceite utilizan habitualmente para cocinar?
a. Oliva b. Girasol c. Otros: _____

Li agraiïm molt sincerament la seva col·laboració

ESTUDI SOBRE L'EFECTE DELS COMPOSTOS ORGANOCLOMATATS
EN EL DESENVOLUPAMENT NEUROCONDUCTUAL DEL NEN

(Copia para los padres)

CUESTIONARIO SOBRE LA ATENCIÓN Y LA CONDUCTA DEL NIÑO

ID niño/a _____
Nombre niño/a: _____ Apellidos niño/a: _____
Sexo <input type="checkbox"/>
Fecha nacimiento niño/a: ___ / ___ / 199__
Fecha cumplimentación: ___ / ___ / 200__
Cumplimentado por: _____

Por favor, indique cual o cuales de los siguientes síntomas han persistido **al menos durante 6 meses** de forma significativa en su hijo/a. Responda NO o SI a cada una de las frases referidas a su hijo/a.

	No	Sí
1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares o en otras actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u otras obligaciones (y esto no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A menudo evita, le disgusta o es desobediente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices o libros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que no es apropiado hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A menudo habla en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. A menudo tiene dificultades para guardar su turno en el juego o en la conversación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Le agradecemos muy sinceramente su colaboración