

ENQUESTA 6 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 4 anys

Data 6 anys:

Nºhermanos a los 4 años:

Nuevos hijos de 3 a 4 años:

Enq. 4 a. F.nacimi.

Nºhermanos a los 6 años:

Nuevos hijos de 4 a 6 años:

Enquesta 6 anys.F

	Sexo 1=V; 2=F; 3=I	Fecha nacimiento	Asma 1=Si; 2=No	Edad Asma	Rinitis 1=Si; 2=No	Edad Rinitis	Eczema 1=Si; 2=No	Edad Eczema
Hijo 1								
Hijo 2								
Hijo 3								

Total de personas que viven en el domicilio:

Otras personas que viven en el domicilio:

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

Padre o compañero:

Enquesta 6 anys.Otros:

Estado civil:

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

Pediatra

Problema RN

Escuela/Guardería actual:

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

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

¿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

Cumplimentación del cuestionario:

Personalmente 1 Telefónicamene 2 Por correo 3

A.- PREGUNTAS SOBRE LA SALUD

1. Sibilantes (pitos)

A1 ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a en los últimos 24 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 24 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?
(incluso sin estar resfriado ni tener otra infección) SI..... 1 NO..... 2

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

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

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.A En los últimos 24 meses, ¿Alguna vez sus pitos han sido tan severos que han producido agobio respiratorio? 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 amenudo (casi todos los días)5
- Ocasionalmente (una al mes).....3

A12.B En los últimos 24 meses, ¿Alguna vez sus pitos han sido tan severos que sólo le dejan hablar una o dos palabras entre cada respiración? SI.....1 NO..... 2

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 24 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 mocososo, 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 mocososa 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 mocososa 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 24 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, descríbala por favor:.....

3. Tos

A21 ¿Cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo en los últimos 24 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 24 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

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

4. Resfriado o nariz mucosa

A33 ¿Cuántas veces ha estado su hijo resfriado o con la nariz mucosa en los últimos 24 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 En los últimos 24 meses ¿Ha tenido su hijo algún problema de nariz mucosa o tapada?
(incluso cuando no está resfriado ni tiene otra infección) SI.....1 NO..... 2

→ **A35.1. Si SI, ¿ha estado acompañado de enrojecimiento y lagrimeo de los ojos?**
SI.....1 NO..... 2

A35.2. ¿En cuál de los 12 meses ocurrió este problema con la nariz?

Enero 1	Febrero 2	Marzo 3	Abril 4
Mayo 5	Junio 6	Julio 7	Agosto8
Septiembre .. 9	Octubre10	Noviembre .. 11	Diciembre .. 12

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

A36.1. Si SI, que tipo de animal.....

A37 ¿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

A38 ¿Cuántas infecciones del oído ha tenido su hijo en los últimos 24 meses?

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

A39 Si ha tenido su primera infección de oído en los últimos 24 meses ¿Qué edad tenía, entonces?
.....(años) y (meses)

6. Problemas de la piel

A40 En los últimos 24 meses, ¿Ha tenido su hijo algún episodio de picor en la piel?

(Por picor queremos decir necesidad de rascarse o frotarse la piel) SI.....1 NO..... 2

A41 ¿A qué edad empezó este problema de la piel? (años)

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 24 meses, ¿Ha tenido su hijo algún problema de piel seca en general?

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

A44 En los últimos 24 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
A44.5 Dermatitis atópica	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 6.10% (n=28)
- 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 3.05% (n=14)
- 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 24 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: IIVT ...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 24 meses? SI.....1 NO..... 2

A52.1. Si SI, explíquelo:

A53 En los últimos 24 meses ¿Su hijo ha tomado alguno de los siguientes medicamentos para el asma?

current use of a bronchodilator

	Nunca	Alguna vez	Actualmente
A.53.1 Inhaladores para el ataque de asma:	1	2	3
A.53.2 Inhaladores para prevenir el asma:	1	2	3
A.53.3 Tabletas o jarabe para el asma:	1	2	3
A.53.4 Corticoides orales:	1	2	3

A54 ¿Su hijo ha tomado algún otro medicamento de forma habitual en los últimos 24 meses? SI.....1 NO..... 2

A54.1. Si SI, explíquelo:

A55 En los últimos 24 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:

B.1.b ¿Cuántos dormitorios hay en total en su casa?

B2. ¿Qué tipo de cocina tiene?

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

B3. ¿Qué tipo de calentador de agua tiene?

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

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 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	Marca cigarrillos	Horas/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				