

gestor

embarazo

AMICS: Estudio Europeo sobre Factores de Riesgo del Asma Infantil

Nº HISTORIA • Nº IDENTIFICACION

CUESTIONARIO EMBARAZO Nº1 • FECHA

I. DATOS DEMOGRÁFICOS

Mujer (embarazada)

• Nombre.....

Etnia • Fecha de nacimiento: • Edad.....

Lugar de nacimiento..... ¿Cuántos años lleva en Menorca?.....

• Domicilio actual..... • Teléfono.....

• Ciudad..... • CP..... (.....)

¿Desde qué año vive en la misma casa?.....

¿Planea irse de Menorca el próximo año? Sí No ¿Y cambiar de domicilio? Sí No

Edad gestacional.....semanas

Marido o compañero

• Nombre.....

Etnia • Fecha de nacimiento • Edad.....

Lugar de nacimiento..... ¿Cuántos años lleva en Menorca?.....

DATOS DE CONTROL DEL EMBARAZO

• Paridad FUR FPP

E P A V Peso:.....Kg Altura:.....m T.A:.....mmHg

• ¿Dónde piensa realizar el parto?.....

1. Hospital VMT 2. Clínica Menorca 3. Mutua Mahonesa 4. Otros

Complicaciones médicas:

DIABETES	Sí	No
HIPERTENSION	Sí	No
.....	Sí	No

II. ANTECEDENTES FAMILIARES

A. Enfermedades alérgicas de la mujer:

1. ¿Tiene usted o ha tenido alguna vez...? 2

Si la respuesta es sí:

1.1. ¿Ha sido confirmado por un médico? 3

1.2. ¿Cuántos años tenía cuando le empezó...? 4

1.3. ¿Tiene...en la actualidad? 5

Si la respuesta es no:

1.3.1. ¿Qué edad tenía cuando tuvo el último signo/síntoma de...? 6

Si la respuesta es no:..... pasar a pregunta nº2

	1		1.1		1.2	1.3		1.3.1
<input checked="" type="checkbox"/> 2 ASMA	Sí	No	Sí	No		Sí	No	
<input checked="" type="checkbox"/> 2 RINITIS	Sí	No	Sí	No		Sí	No	
<input checked="" type="checkbox"/> 12 ECZEMA	Sí	No	Sí	No		Sí	No	
<input checked="" type="checkbox"/> 12	Sí	No	Sí	No		Sí	No	

↑ 22

23 2. ¿Padece alguna otra enfermedad actualmente?.....Sí No

Especificar.....

3. ¿Está tomando algún medicamento (incluyendo vitaminas, calcio, hierro,...) en la actualidad?Sí No En caso afirmativo, especificar:

- prescrito.....

- no prescrito.....

B. Enfermedades alérgicas del marido o compañero:

Realizar las mismas preguntas que a la mujer

	1		1.1		1.2	1.3		1.3.1
<input checked="" type="checkbox"/> 28 ASMA	Sí	No	Sí	No		Sí	No	
<input checked="" type="checkbox"/> 33 RINITIS	Sí	No	Sí	No		Sí	No	
<input checked="" type="checkbox"/> 38 ECZEMA	Sí	No	Sí	No		Sí	No	
<input checked="" type="checkbox"/> 43	Sí	No	Sí	No		Sí	No	

↑ 48

tot C. Información sobre otros hijos:

v49. ¿Tiene otros niños?.....Sí No v50. ¿Cuántos?.....

Empezando por el mayor, dígame

v51 Sexo.....M F v54 M F v57 M F
 v52 Edad..... años v55 años v58 años
 v53 Peso al nacer.....kg. v56kg. v59kg.

5. ¿Ha tenido alguna vez la enfermedad....?

Si la respuesta es sí

5.1. ¿Ha sido confirmado por un médico?

5.2. ¿Qué edad tenía cuando comenzó?

filia

	1			2			3		
	5	5.1	5.2	5	5.1	5.2	5	5.1	5.2
v60-v62 ASMA	S N	S N		S N	S N		S N	S N	
v63-v65 RINITIS	S N	S N		S N	S N		S N	S N	
v66-v68 ECZEMA	S N	S N		S N	S N		S N	S N	
v69-v71	S N	S N		S N	S N		S N	S N	

tot D. Enfermedades alérgicas de los abuelos del niño

→ v96

6. ¿Alguno de sus padres o los de su compañero ha padecido o padece.....?

7. ¿Y otros familiares?.....(Especificar parentesco respecto a la mujer embarazada)

	6			7
	Sí	No	Ns/Nc	
ASMA	Sí	No	Ns/Nc	
RINITIS	Sí	No	Ns/Nc	
ECZEMA	Sí	No	Ns/Nc	
.....	Sí	No	Ns/Nc	

tot
tot
1106
III. TABACO

Mujer embarazada

1. ¿Fuma en la actualidad?.....Sí No

Si la respuesta es sí:

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

1.2. ¿Qué tipo de tabaco:.....Normal Bajo en nicotina

1.3. ¿Recuerda la marca?.....

1110 1.4. ¿Ha cambiado su consumo de tabaco debido al embarazo? Sí No

Si la respuesta es no:....pasar a pregunta 1.7

111 1.5. ¿Cuándo cambió?

1. Antes de quedar embarazada
2. Durante el primer mes de embarazo
3. Durante el segundo mes de embarazo
4. Durante el tercer mes de embarazo

1.6. ¿Cuánto fumaba antes de estar embarazada?..... cig./día

1.7. ¿A qué edad empezó a fumar?..... años

Si la respuesta es no:

114 2. 1. ¿Ha fumado anteriormente?.....Sí No

Si la respuesta es sí:

2.2. ¿A qué edad empezó a fumar?..... años

2.3. ¿A qué edad dejó de fumar?..... años

117 2.4. ¿Dejó de fumar por el embarazo?.....Sí No

Si la respuesta es sí:

118 2.5. ¿Cuándo dejó de fumar?.....

1. Antes de quedar embarazada
2. Durante el primer mes de embarazo
3. Durante el segundo mes de embarazo
4. Durante el tercer mes de embarazo

119 3. ¿A qué nivel de humo de tabaco está expuesta en su trabajo:.....

1. Nada
2. Esporádico
3. Poco
4. Mucho
8. No trabaja

tot **Marido o compañero**

V120 4. ¿Fuma en la actualidad?.....Sí No

Si la respuesta es sí:

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

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

4.3. ¿Recuerda la marca?.....

V124 4.4. ¿Fuma menos desde que su mujer está embarazada?..... Sí No

Si la respuesta es sí:

4.5. ¿Desde qué mes de embarazo fuma menos?..... mes

4.6. ¿Cuántos cigarrillos fumaba antes?..... cig./día

4.7. ¿Fuma menos en el domicilio desde que su mujer está embarazada?.....Sí No

4.8. ¿Cuántos cigarrillos al día fuma en casa?..... cig./día

Si la respuesta es no:

V129 5. 1. ¿Ha fumado anteriormente?.....Sí No

Si la respuesta es sí:

5.2. ¿A qué edad empezó a fumar?..... años

5.3. ¿A qué edad dejó de fumar?..... años

V132 5.4. ¿Dejó de fumar por el embarazo?.....Sí No

tot **Otros**

6. ¿Cuántas personas viven en su domicilio (usted incluida)?.....

6.1. De los residentes en su domicilio, ¿fuma alguien más?.....Sí No

6.2. ¿Cuántas personas?.....

	1	2	3
6.3. ¿Cuánto fuma al día?.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cig./día	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cig./día	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cig./día

6.4. ¿Qué tipo de tabaco:.....	N <input type="checkbox"/> BN <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> BN <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/> BN <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	--	--

6.5. ¿Recuerda la marca?

6.6. ¿Cuántos de ellos fuman estando en el domicilio?..... personas

tot **VI. ALCOHOL**

v146 1. ¿Consumes algún tipo de bebida alcohólica como, por ejemplo, vino, cerveza, cava, licores, carajillos, etc.?..... Sí No

tot **Mujer embarazada**

	DIA	SEMANA	MES	TOTAL
Cerveza				
Vino/Cava				
Aperitivos				
Licores				

v163 2. Y su compañero, ¿consume bebidas alcohólicas?..... Sí No

tot **Marido o compañero**

	DIA	SEMANA	MES	TOTAL
Cerveza				
Vino/Cava				
Aperitivos				
Licores				

tot **VII. HOGAR:**

v180 1. Su domicilio se encuentra en:.....

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

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

3. ¿Cuántas personas duermen en su misma habitación (usted incluida)?.....

4. ¿Qué tipo de colchón utiliza?.....

1. Espuma 2. Lana 3. Muelles 4. Otros

5. ¿Sabe cuántos años tiene su colchón? (99:no sabe).....

v185 6. ¿Utiliza cocina de gas?..... Sí No

7. ¿Tienen chimenea?..... Sí No

8. ¿Y salamandra?..... Sí No

v188 9. ¿Utiliza estufas de gas?..... Sí No

10. En su vivienda, ¿tiene?

	Sala de estar		Habitación		Otras salas	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Moqueta	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Alfombras	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Cortinas	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Muñecos peluche	Sí	No	Sí	No	Sí	No

tot **VIII. TRABAJO Y ESTUDIOS**

tot **Mujer embarazada**

1. ¿Cuál es su situación laboral actual?..... → 2 missing

1. Empleada → 1 missing a la pregunta 2
2. Trabajadora por cuenta propia **sin** empleados
3. Trabajadora por cuenta propia **con** empleados
4. Parada buscando empleo → 15 missing / 25 no missing a la pregunta 2
5. Ama de casa → 35 OK / 62 missing a la pregunta 2
6. Otros.....

2. Si trabaja, ¿cuál es su ocupación?.....

3. ¿Realiza el trabajo fuera del domicilio?..... Sí No

4. El nivel máximo de estudios que ha alcanzado es.....

1. Analfabeto 2. EGB incompleto 3. EGB completo 4. BUP
5. COU 6. Diplomatura 7. Licenciatura

tot **Marido o compañero**

5. ¿Cuál es su situación laboral actual?..... → 5 missing

1. Empleado
2. Trabajador por cuenta propia **sin** empleados
3. Trabajador por cuenta propia **con** empleados
4. Parado buscando empleo → 8 missing / 3 no missing a la pregunta 2
6. Otros.....

6. Si trabaja, ¿cuál es su ocupación?.....

7. ¿Realiza el trabajo fuera del domicilio?..... Sí No

8. El nivel máximo de estudios que ha alcanzado es.....

1. Analfabeto 2. EGB incompleto 3. EGB completo 4. BUP
5. COU 6. Diplomatura 7. Licenciatura

+ animals