

# Diario de registro semanal



ID INMA: SAB\_ \_\_\_\_\_

Dispositivos activos desde el día: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

Nº Reloj (GENEActiv): \_\_\_\_\_

Nº Móvil ExpoApp: \_\_\_\_\_

Recogida orinas, del día: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_ al día: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

Recogida de muestras y análisis:

Día \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

Casa  Instituto  CAP



*Estimado/a participante INMA, es muy importante que:*

- Complete este Diario desde el primer día.
- Utiliza bolígrafo **azul** o **negro** y escribe en letras mayúsculas.
- Evita borrones o escribir demasiado en las tablas.
- Contesta las preguntas cada mañana y cada noche.

Hemos intentado que este Diario sea lo más fácil posible, pero si tienes alguna duda puedes preguntar por WhatsApp o llamar al **móvil INMA 696 44 45 81** y Silvia y/o Núria te responderán.

# DÍA 0: Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

## Cada día en casa debes:

- Completar el diario (preguntas cortas de mañana y de noche).
- Recoger la orina en los tubos y anotarlo en la **Página 29**.
- Si tienes problemas con algún dispositivo, debes anotarlo en la **Página 21** del día que corresponda.

Recuerda que los dispositivos:	GENEActiv (reloj)	Tubo NO <sub>2</sub> (personal)
<b>TODA LA SEMANA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Debes llevarlo en la mano NO dominante. No te lo quites por la noche porque nos da información sobre la calidad de tu sueño.</li> <li>✓ Instrucciones en la <b>Página 24</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Llévelo en la mochila TODA la semana. No puede entrarle polvo, por lo tanto, intenta no dejar la mochila en el suelo.</li> <li>✓ Instrucciones en la <b>Página 26</b></li> </ul>
Recuerda que los dispositivos:	Móvil (ExpoApp)	Actigraph (sensor de movimiento)
<b>TODA LA SEMANA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cada mañana debes poner el móvil dentro del cinturón elástico y quitártelo cada noche</li> <li>✓ Asegúrate que se enciende el icono de la App en la parte superior izquierda</li> <li>✓ Cárgalo CADA NOCHE con el cargador que te hemos proporcionado</li> <li>✓ Instrucciones de la <b>página 25</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cada mañana debes ponerte el cinturón elástico con el acelerómetro y quitártelo por la noche.</li> <li>✓ Instrucciones de la <b>página 25</b></li> </ul>

## DÍA 0, Por favor, contesta las siguientes preguntas ANTES de ir a dormir...



Hoy, a partir de las 17h, ¿has tomado Coca-Cola (u otra marca), café, té, alguna bebida energética, o chocolate?  No  Sí

**DÍA 0.** Indica a continuación si hoy, a partir de las 19.00h hiciste alguna de las siguientes actividades:

Si es sí, aproximadamente ¿durante cuánto tiempo?

¿Has hecho alguna llamada normal con el móvil?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has hecho llamadas de voz a través de una App con la Tablet o el móvil?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has hecho vídeo llamadas con el móvil o la Tablet?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

**DÍA 0. Indica a continuación si hoy, a partir de las 19.00h hiciste alguna de las siguientes actividades:**

**Si es sí, aproximadamente ¿durante cuánto tiempo?**

¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has estado mirando vídeos online con el móvil o la Tablet?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has navegado por internet, enviado emails, mensajes, o usando las redes sociales (Instagram, Facebook, etc.) con el móvil o la Tablet?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has estado escuchando música online/ audios o podcast con el móvil o la Tablet?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has estado jugando juegos online con el móvil o la Tablet?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has jugado a videojuegos con videoconsolas conectadas de manera inalámbrica (sin cable)?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

**¿Hoy has hecho las actividades que haces habitualmente?**

- Sí
- No, especifica porqué \_\_\_\_\_



**ACUÉRDATE DE:**

1. CARGAR EL MÓVIL A LA CORRIENTE TODA LA NOCHE Y DE PONERTE EL CINTURÓN POR LA MAÑANA ANTES DE REALIZAR CUALQUIER TAREA
2. CONECTAR EL MÓVIL A TU RED WIFI (CASA) contraseña: 2004

**DÍA 1: Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

**Empieza a recoger orinas. Apunta la hora en la Página 29 y CONGELA**



**Por favor, contesta las siguientes preguntas CUANDO te levantes...**

¿A qué hora te fuiste a la cama ayer?	____:____ (hora y minutos)
Teniendo en cuenta que quizás estuviste despierto un tiempo en la cama (por ejemplo, leyendo), ¿a qué hora apagaste las luces y estabas listo/a para dormir?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has despertado?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has levantado de la cama?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has puesto el cinturón con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)

¿Cómo has dormido esta noche?  Muy bien  Bien  Normal  Mal  Muy mal

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente descansado  Bastante descansado  Algo descansado  Nada descansado

Si estuviste despierto un tiempo en la cama, ¿utilizaste el móvil o la Tablet?

- No he usado ningún dispositivo
- Sí, para:
  - Llamar con el móvil (llamada línea telefónica)
  - Llamada de voz a través de una App (sin vídeo)
  - Hacer vídeo llamadas a través de una App
  - Navegar por internet/ enviar emails / mensajes / redes sociales (Instagram, Facebook, etc.)
  - Escuchar música online / audios o podcast
  - Jugar a juegos online
  - Mirar vídeos online

¿Ayer tuviste algún dispositivo electrónico (por ejemplo, el teléfono, el ordenador, la Tablet, etc.) encendido en la habitación mientras dormías?

- No
- Sí, ¿Te despertó? Si la respuesta es afirmativa,
  - Me despertó, pero no hice nada
  - Me despertó, lo miré y volví a dormir
  - Me despertó, lo miré y contesté

**ACUÉRDATE DE CARGAR EL MÓVIL A LA CORRIENTE TODA LA NOCHE Y DE PONERTE EL CINTURÓN POR LA MAÑANA ANTES DE REALIZAR CUALQUIER TAREA. COMPRUEBA QUE EL ICONO ESTÉ ACTIVO**

## DÍA 1, Por favor, contesta las siguientes preguntas ANTES de ir a dormir...



Hoy, a partir de las 17h, ¿has tomado Coca-Cola (u otra marca)  No  Sí  
café, té, alguna bebida energética, o chocolate?

**DÍA 1. Indica a continuación si hoy, a partir de las 19.00h. Hiciste alguna de las siguientes actividades: Si es sí, aproximadamente ¿durante cuánto tiempo?**

¿Has hecho alguna llamada normal con el móvil?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has hecho llamadas de voz a través de una App con la Tablet o el móvil?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has hecho vídeo llamadas con el móvil o la Tablet?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has estado mirando vídeos online con el móvil o la Tablet?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has navegado por internet, enviado emails, mensajes, o usando las redes sociales (Instagram, Facebook, etc.) con el móvil o la Tablet?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has estado escuchando música online/ audios o podcast con el móvil o la Tablet?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has estado jugando juegos online con el móvil o la Tablet?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿Has jugado a videojuegos con videoconsolas conectadas de manera inalámbrica (sin cable)?  No  Sí \_\_\_\_ Minutos o \_\_\_\_ Horas

¿A qué hora te has quitado el cinturón elástico con el dispositivo móvil? \_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hora y minutos)

¿Hoy has hecho las actividades que haces habitualmente?

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_

**ACUÉRDATE DE CARGAR EL MÓVIL A LA CORRIENTE TODA LA NOCHE Y DE PONERTE EL CINTURÓN POR LA MAÑANA ANTES DE REALIZAR CUALQUIER TAREA. COMPRUEBA QUE EL ICONO ESTÉ ACTIVO**

**DÍA 2: Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_



**Por favor, contesta las siguientes preguntas CUANDO te levantes...**

¿A qué hora te fuiste a la cama ayer?	____:____ (hora y minutos)
Teniendo en cuenta que quizás estuviste despierto un tiempo en la cama (por ejemplo, leyendo), ¿a qué hora apagaste las luces y estabas listo/a para dormir?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has despertado?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has levantado de la cama?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has puesto el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)

¿Cómo has dormido esta noche?  Muy bien  Bien  Normal  Mal  Muy mal

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente descansado  Bastante descansado  Algo descansado  Nada descansado

Si estuviste despierto un tiempo en la cama, ¿utilizaste el móvil o la Tablet?

No he usado ningún dispositivo

Sí, para:

- Llamar con el móvil (llamada línea telefónica)
- Llamada de voz a través de una App (sin vídeo)
- Hacer vídeo llamadas a través de una App
- Navegar por internet/ enviar emails / mensajes / Redes sociales (Instagram, Facebook, etc.)
- Escuchar música online/ audios o podcast
- Jugar a juegos online
- Mirar vídeos online

¿Ayer tuviste algún dispositivo electrónico (por ejemplo, el teléfono, el ordenador, la Tablet, etc.) encendido en la habitación mientras dormías?

No

Sí, ¿Te despertó? Si la respuesta es afirmativa,

- Me despertó, pero no hice nada
- Me despertó, lo miré y volví a dormir
- Me despertó, lo miré y contesté

**DÍA 2, Por favor, contesta las siguientes preguntas ANTES de ir a dormir...**



Hoy, a partir de las 17h, ¿has tomado Coca-Cola (u otra marca), café, té, alguna bebida energética, o chocolate?

No  Sí

DÍA 2. Indica a continuación si hoy, a partir de las 19.00h. Hiciste alguna de las siguientes actividades:	Si es sí, aproximadamente ¿durante cuánto tiempo?	
¿Has hecho alguna llamada normal con el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho llamadas de voz a través de una App con la Tablet o el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho vídeo llamadas con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado mirando vídeos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has navegado por internet, enviado emails, mensajes, o usando las redes sociales (Instagram, Facebook, etc.) con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado escuchando música online/ audios o podcast con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado jugando juegos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has jugado a videojuegos con videoconsolas conectadas de manera inalámbrica (sin cable)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿A qué hora te has quitado el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)	

¿Hoy has hecho las actividades que haces habitualmente?

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_

**ACUÉRDATE DE CARGAR EL MÓVIL A LA CORRIENTE TODA LA NOCHE Y DE PONERTE EL CINTURÓN POR LA MAÑANA ANTES DE REALIZAR CUALQUIER TAREA. COMPRUEBA QUE EL ICONO ESTÉ ACTIVO**

**DÍA 3: Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_



**Por favor, contesta las siguientes preguntas CUANDO te levantes...**

¿A qué hora te fuiste a la cama ayer?	____:____ (hora y minutos)
Teniendo en cuenta que quizás estuviste despierto un tiempo en la cama (por ejemplo, leyendo), ¿a qué hora apagaste las luces y estabas listo/a para dormir?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has despertado?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has levantado de la cama?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has puesto el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)

¿Cómo has dormido esta noche?  Muy bien  Bien  Normal  Mal  Muy mal

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente descansado  Bastante descansado  Algo descansado  Nada descansado

Si estuviste despierto un tiempo en la cama, ¿utilizaste el móvil o la Tablet?

No he usado ningún dispositivo

Sí, para:

- Llamar con el móvil (llamada línea telefónica)
- Llamada de voz a través de una App (sin vídeo)
- Hacer vídeo llamadas a través de una App
- Navegar por internet/ enviar emails / mensajes / Redes sociales (Instagram, Facebook, etc.)
- Escuchar música online/ audios o podcast
- Jugar a juegos online
- Mirar vídeos online

¿Ayer tuviste algún dispositivo electrónico (por ejemplo, el teléfono, el ordenador, la Tablet, etc.) encendido en la habitación mientras dormías?

No

Sí, ¿Te despertó? Si la respuesta es afirmativa,

- Me despertó, pero no hice nada
- Me despertó, lo miré y volví a dormir
- Me despertó, lo miré y contesté



### DÍA 3, Por favor, contesta las siguientes preguntas ANTES de ir a dormir...

Hoy, a partir de las 17h, ¿has tomado Coca-Cola (u otra marca), café, té, alguna bebida energética, o chocolate?

No  Sí



**DÍA 3. Indica a continuación si hoy, a partir de las 19.00h. Hiciste alguna de las siguientes actividades:**

**Si es sí, aproximadamente ¿durante cuánto tiempo?**

¿Has hecho alguna llamada normal con el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho llamadas de voz a través de una App con la Tablet o el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho vídeo llamadas con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	____ Minutos o ____ Horas
¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado mirando vídeos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	____ Minutos o ____ Horas
¿Has navegado por internet, enviado emails, mensajes, o usando las redes sociales (Instagram, Facebook, etc.) con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado escuchando música online/ audios o podcast con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado jugando juegos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	____ Minutos o ____ Horas
¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	____ Minutos o ____ Horas
¿Has jugado a videojuegos con videoconsolas conectadas de manera inalámbrica (sin cable)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	____ Minutos o ____ Horas

¿A qué hora te has quitado el cinturón elástico con el dispositivo móvil?

\_\_\_\_ : \_\_\_\_ (hora y minutos)

¿Hoy has hecho las actividades que haces habitualmente?

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_

**ACUÉRDATE DE CARGAR EL MÓVIL A LA CORRIENTE TODA LA NOCHE Y DE PONERTE EL CINTURÓN POR LA MAÑANA ANTES DE REALIZAR CUALQUIER TAREA. COMPRUEBA QUE EL ICONO ESTÉ ACTIVO**

**DÍA 4: Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_



**Por favor, contesta las siguientes preguntas CUANDO te levantes...**

¿A qué hora te fuiste a la cama ayer?	____:____ (hora y minutos)
Teniendo en cuenta que quizás estuviste despierto un tiempo en la cama (por ejemplo, leyendo), ¿a qué hora apagaste las luces y estabas listo/a para dormir?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has despertado?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has levantado de la cama?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has puesto el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)

¿Cómo has dormido esta noche?  Muy bien  Bien  Normal  Mal  Muy mal

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente descansado  Bastante descansado  Algo descansado  Nada descansado

Si estuviste despierto un tiempo en la cama, ¿utilizaste el móvil o la Tablet?

No he usado ningún dispositivo

Sí, para:

- Llamar con el móvil (llamada línea telefónica)
- Llamada de voz a través de una App (sin vídeo)
- Hacer vídeo llamadas a través de una App
- Navegar por internet/ enviar emails / mensajes / Redes sociales (Instagram, Facebook, etc.)
- Escuchar música online/ audios o podcast
- Jugar a juegos online
- Mirar vídeos online

¿Ayer tuviste algún dispositivo electrónico (por ejemplo, el teléfono, el ordenador, la Tablet, etc.) encendido en la habitación mientras dormías?

No

Sí, ¿Te despertó? Si la respuesta es afirmativa,

- Me despertó, pero no hice nada
- Me despertó, lo miré y volví a dormir
- Me despertó, lo miré y contesté

**DÍA 4, Por favor, contesta las siguientes preguntas ANTES de ir a dormir...**



Hoy, a partir de las 17h, ¿has tomado Coca-Cola (u otra marca), café, té, alguna bebida energética, o chocolate?

No  Sí

DÍA 4. Indica a continuación si hoy, a partir de las 19.00h. Hiciste alguna de las siguientes actividades:	Si es sí, aproximadamente ¿durante cuánto tiempo?	
¿Has hecho alguna llamada normal con el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho llamadas de voz a través de una App con la Tablet o el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho vídeo llamadas con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado mirando vídeos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has navegado por internet, enviado emails, mensajes, o usando las redes sociales (Instagram, Facebook, etc.) con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado escuchando música online/ audios o podcast con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado jugando juegos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has jugado a videojuegos con videoconsolas conectadas de manera inalámbrica (sin cable)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿A qué hora te has quitado el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)	

¿Hoy has hecho las actividades que haces habitualmente?

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_

**ACUÉRDATE DE CARGAR EL MÓVIL A LA CORRIENTE TODA LA NOCHE Y DE PONERTE EL CINTURÓN POR LA MAÑANA ANTES DE REALIZAR CUALQUIER TAREA. COMPRUEBA QUE EL ICONO ESTÉ ACTIVO**

A partir de hoy puedes recoger la muestra de heces (Instrucciones en la **página 28**)  
 Completa las preguntas de la **página 18** y  
**CONGELA**



**DÍA 5: Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

**Por favor, contesta las siguientes preguntas CUANDO te levantes...**

¿A qué hora te fuiste a la cama ayer?	____:____ (hora y minutos)
Teniendo en cuenta que quizás estuviste despierto un tiempo en la cama (por ejemplo, leyendo), ¿a qué hora apagaste las luces y estabas listo/a para dormir?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has despertado?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has levantado de la cama?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has puesto el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)

¿Cómo has dormido esta noche?  Muy bien  Bien  Normal  Mal  Muy mal

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente descansado  Bastante descansado  Algo descansado  Nada descansado

Si estuviste despierto un tiempo en la cama, ¿utilizaste el móvil o la Tablet?

No he usado ningún dispositivo

Si, para:

- Llamar con el móvil (llamada línea telefónica)
- Llamada de voz a través de una App (sin vídeo)
- Hacer vídeo llamadas a través de una App
- Navegar por internet/ enviar emails / mensajes / Redes sociales (Instagram, Facebook, etc.)
- Escuchar música online/ audios o podcast
- Jugar a juegos online
- Mirar vídeos online

¿Ayer tuviste algún dispositivo electrónico (por ejemplo, el teléfono, el ordenador, la Tablet, etc.) encendido en la habitación mientras dormías?

No

Sí, ¿Te despertó? Si la respuesta es afirmativa,

- Me despertó, pero no hice nada
- Me despertó, lo miré y volví a dormir
- Me despertó, lo miré y contesté

**DÍA 5, Por favor, contesta las siguientes preguntas ANTES de ir a dormir...**



Hoy, **a partir de las 17h**, ¿has tomado Coca-Cola (u otra marca), café, té, alguna bebida energética, o chocolate?

No  Sí

DÍA 5. Indica a continuación si hoy, a partir de las 19.00h. Hiciste alguna de las siguientes actividades:	Si es sí, aproximadamente ¿durante cuánto tiempo?	
¿Has hecho alguna llamada normal con el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho llamadas de voz a través de una App con la Tablet o el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho vídeo llamadas con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado mirando vídeos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has navegado por internet, enviado emails, mensajes, o usando las redes sociales (Instagram, Facebook, etc.) con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado escuchando música online/ audios o podcast con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado jugando juegos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has jugado a videojuegos con videoconsolas conectadas de manera inalámbrica (sin cable)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿A qué hora te has quitado el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)	

¿Hoy has hecho las actividades que haces habitualmente?

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_

**ACUÉRDATE DE CARGAR EL MÓVIL A LA CORRIENTE TODA LA NOCHE Y DE PONERTE EL CINTURÓN POR LA MAÑANA ANTES DE REALIZAR CUALQUIER TAREA. COMPRUEBA QUE EL ICONO ESTÉ ACTIVO**

Recuerda recoger la muestra de heces, si no lo has hecho aún (Instrucciones en la **página 28**).  
 Completa las preguntas de la **página 18** y  
**CONGELA**

**DÍA 6:** Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_



**Por favor, contesta las siguientes preguntas CUANDO te levantes...**

¿A qué hora te fuiste a la cama ayer?	____:____ (hora y minutos)
Teniendo en cuenta que quizás estuviste despierto un tiempo en la cama (por ejemplo, leyendo), ¿a qué hora apagaste las luces y estabas listo/a para dormir?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has despertado?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has levantado de la cama?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has puesto el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)

¿Cómo has dormido esta noche?  Muy bien  Bien  Normal  Mal  Muy mal

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente descansado  Bastante descansado  Algo descansado  Nada descansado

Si estuviste despierto un tiempo en la cama, ¿utilizaste el móvil o la Tablet?

- No he usado ningún dispositivo
- Sí, para:
  - Llamar con el móvil (llamada línea telefónica)
  - Llamada de voz a través de una App (sin vídeo)
  - Hacer vídeo llamadas a través de una App
  - Navegar por internet/ enviar emails / mensajes / Redes sociales (Instagram, Facebook, etc.)
  - Escuchar música online/ audios o podcast
  - Jugar a juegos online
  - Mirar vídeos online

¿Ayer tuviste algún dispositivo electrónico (por ejemplo, el teléfono, el ordenador, la Tablet, etc.) encendido en la habitación mientras dormías?

- No
- Sí, ¿Te despertó? Si la respuesta es afirmativa,
  - Me despertó, pero no hice nada
  - Me despertó, lo miré y volví a dormir
  - Me despertó, lo miré y contesté



**DÍA 6, Por favor, contesta las siguientes preguntas ANTES de ir a dormir...**

Hoy, a partir de las 17h, ¿has tomado Coca-Cola (u otra marca), café, té, alguna bebida energética, o chocolate?

No  Sí

DÍA 6. Indica a continuación si hoy, a partir de las 19.00h. Hiciste alguna de las siguientes actividades:	Si es sí, aproximadamente ¿durante cuánto tiempo?	
¿Has hecho alguna llamada normal con el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho llamadas de voz a través de una App con la Tablet o el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho vídeo llamadas con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado mirando vídeos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has navegado por internet, enviado emails, mensajes, o usando las redes sociales (Instagram, Facebook, etc.) con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado escuchando música online/ audios o podcast con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado jugando juegos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has jugado a videojuegos con videoconsolas conectadas de manera inalámbrica (sin cable)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿A qué hora te has quitado el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____(hora y minutos)	

¿Hoy has hecho las actividades que haces habitualmente?

- Sí
- No, especifica porqué \_\_\_\_\_

- ✓ ACUÉRDATE DE CARGAR EL MÓVIL A LA CORRIENTE TODA LA NOCHE Y DE PONERTE EL CINTURÓN POR LA MAÑANA ANTES DE REALIZAR CUALQUIER TAREA. COMPRUEBA QUE EL ICONO ESTÉ ACTIVO.
- ✓ HAS TERMINADO DE RECOGER LAS ORINAS.

Recuerda recoger la muestra de heces, si no lo has hecho aún (Instrucciones en la **página 28**). Completa las preguntas de la **página 18** y **CONGELA**

**DÍA 7: Fecha** \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_



**Por favor, contesta las siguientes preguntas CUANDO te levantes...**

¿A qué hora te fuiste a la cama ayer?	____:____ (hora y minutos)
Teniendo en cuenta que quizás estuviste despierto un tiempo en la cama (por ejemplo, leyendo), ¿a qué hora apagaste las luces y estabas listo/a para dormir?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has despertado?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has levantado de la cama?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has puesto el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)

¿Cómo has dormido esta noche?  Muy bien  Bien  Normal  Mal  Muy mal

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente descansado  Bastante descansado  Algo descansado  Nada descansado

Si estuviste despierto un tiempo en la cama, ¿utilizaste el móvil o la Tablet?

No he usado ningún dispositivo

Si, para:

- Llamar con el móvil (llamada línea telefónica)
- Llamada de voz a través de una App (sin vídeo)
- Hacer vídeo llamadas a través de una App
- Navegar por internet/ enviar emails / mensajes / Redes sociales (Instagram, Facebook, etc.)
- Escuchar música online/ audios o podcast
- Jugar a juegos online
- Mirar vídeos online

¿Ayer tuviste algún dispositivo electrónico (por ejemplo, el teléfono, el ordenador, la Tablet, etc.) encendido en la habitación mientras dormías?

No

Sí, ¿Te despertó? Si la respuesta es afirmativa,

- Me despertó, pero no hice nada
- Me despertó, lo miré y volví a dormir
- Me despertó, lo miré y contesté



**DÍA 7, Por favor, contesta las siguientes preguntas ANTES de ir a dormir...**

Hoy, a partir de las 17h, ¿has tomado Coca-Cola (u otra marca), café, té, alguna bebida energética, o chocolate?

No  Sí



DÍA 7. Indica a continuación si hoy, a partir de las 19.00h. Hiciste alguna de las siguientes actividades:	Si es sí, aproximadamente ¿durante cuánto tiempo?	
¿Has hecho alguna llamada normal con el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho llamadas de voz a través de una App con la Tablet o el móvil?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hecho vídeo llamadas con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado mirando vídeos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has navegado por internet, enviado emails, mensajes, o usando las redes sociales (Instagram, Facebook, etc.) con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado escuchando música online/ audios o podcast con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has estado jugando juegos online con el móvil o la Tablet?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿Has jugado a videojuegos con videoconsolas conectadas de manera inalámbrica (sin cable)?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí ____ Minutos o ____ Horas
¿A qué hora te has quitado el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)	








¿Hoy has hecho las actividades que haces habitualmente?

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_

**ACUÉRDATE DE CARGAR EL MÓVIL A LA CORRIENTE TODA LA NOCHE Y DE PONERTE EL CINTURÓN POR LA MAÑANA ANTES DE REALIZAR CUALQUIER TAREA. COMPRUEBA QUE EL ICONO ESTÉ ACTIVO**

## CUESTIONARIO BRISTOL para muestra de heces

(+) GRÁFICO DE HECES DE BRISTOL	
<b>TIPO 1</b>	 <p>Trozos duros, separados, como nueces</p>
<b>TIPO 2</b>	 <p>Con forma de salchicha, pero grumosa</p>
<b>TIPO 3</b>	 <p>Con forma de salchicha, pero con grietas</p>
<b>TIPO 4</b>	 <p>Con forma de salchicha, como serpiente lisa y suave</p>
<b>TIPO 5</b>	 <p>Bolas suaves con bordes definidos</p>
<b>TIPO 6</b>	 <p>Trozos suaves con los bordes desiguales</p>
<b>TIPO 7</b>	 <p>Acuosa, sin trozos sólidos. Totalmente líquida</p>

■ LOS TIPOS 4 Y 5 SON CONSIDERADOS NORMALES

**NO OLVIDES APUNTAR:**



**Fecha de la recogida:**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_\_\_ A las \_\_\_\_: \_\_\_\_ horas (hh:mm)

**Recuerda CONGELAR LA MUESTRA (guarda los tubos con las orinas)**

**Comentarios:** ¿Has tenido alguna dificultad o incidencia en la recogida? Cuál:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**1. Indica el tipo de heces en el momento de la recogida según los tipos de las figuras de arriba. Indica una sola opción (la que más se parezca)**

Tipo: 1 |\_\_| 2 |\_\_| 3 |\_\_| 4 |\_\_| 5 |\_\_| 6 |\_\_| 7 |\_\_| No sabes/no contestas |\_\_|

**2. ¿Podrías indicar qué tipo de heces has tenido habitualmente durante los últimos 12 meses? Indica una sola opción (la más frecuente) según los tipos de las figuras de arriba.**

Tipo: 1 |\_\_| 2 |\_\_| 3 |\_\_| 4 |\_\_| 5 |\_\_| 6 |\_\_| 7 |\_\_| No sabes/no contestas |\_\_|

**3. ¿Podrías indicar tu frecuencia de deposición más habitual durante los últimos 12 meses? Indica una sola opción (la más frecuente)**

Más de dos veces al día |\_\_| Dos veces al día |\_\_| Una vez al día |\_\_|

Una vez cada dos días |\_\_| Menos de una vez cada dos días |\_\_|

**4. ¿Has tenido una gastroenteritis en la última semana? (La gastroenteritis es una inflamación del estómago y los intestinos caracterizada por la presencia de Diarrea, que puede ser acompañada de vómitos, fiebre o dolor abdominal. Si tienes dudas, pregunta a tus padres.**

No |\_\_| Sí |\_\_|

## DÍA 8: HOY ES LA RECOGIDA DE MUESTRAS \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_

### Cosas que debes hacer antes de ir al Instituto!!

- Cogeer las muestras del CONGELADOR: 12 tubos de orina y 2 botes de heces.
- Cogeer los cuestionarios en papel de TUS PADRES
- Llevar puesto el Reloj (GENEActiv) y el cinturón elástico con el móvil ExpoApp y el Actigraph (si lo llevas) para que Sílvia te lo quite. ¡NO TE OLVIDES DE COGER EL CARGADOR!!!
- Llevar el tubo en la mochila (recuerda traer el tapón blanco dentro de su bolsa transparente)
- Completa las preguntas del sueño de la mañana (a continuación)
- ¡Si haces el análisis de sangre, NO COMAS NADA! Te daremos desayuno del bueno 😊**

DÍA 8. ¿A qué hora te fuiste a la cama ayer?	____:____ (hora y minutos)
Teniendo en cuenta que quizás estuviste despierto un tiempo en la cama (por ejemplo, leyendo), ¿a qué hora apagaste las luces y estabas listo/a para dormir?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has despertado?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has levantado de la cama?	____:____ (hora y minutos)
¿A qué hora te has puesto el cinturón elástico con el dispositivo móvil?	____:____ (hora y minutos)

¿Cómo has dormido esta noche?  Muy bien  Bien  Normal  Mal  Muy mal

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente descansado  Bastante descansado  Algo descansado  Nada descansado **Si estuviste despierto un**

**tiempo en la cama, ¿utilizaste el móvil o la Tablet?**

- No he usado ningún dispositivo
- Si, para:
  - Llamar con el móvil (llamada línea telefónica)
  - Llamada de voz a través de una App (sin vídeo)
  - Hacer vídeo llamadas a través de una App
  - Navegar por internet/ enviar emails / mensajes / Redes sociales (Instagram, Facebook, etc.)
  - Escuchar música online/ audios o podcast
  - Jugar a juegos online
  - Mirar vídeos online

¿Ayer tuviste algún dispositivo electrónico (por ejemplo, el teléfono, el ordenador, la Tablet, etc.) encendido en la habitación mientras dormías?

- No
- Sí, ¿Te despertó? Si la respuesta es afirmativa,
  - Me despertó, pero no hice nada
  - Me despertó, lo miré y volví a dormir
  - Me despertó, lo miré y contesté

---

**MUCHAS GRACIAS** por querer participar en este Proyecto una visita más. Estáis haciendo historia contribuyendo a cambiar el mundo tal y como lo conocemos hasta ahora, ya que ayudáis a los investigadores a saber más sobre cómo los contaminantes afectan a la salud de las personas y su afectación al cerebro, corazón y pulmones. Juntos podremos mejorar y cambiar leyes político-medioambientales para generaciones futuras.

*¡Desde el Proyecto INMA y con vosotros a nuestro lado, intentaremos poner nuestro granito de arena para conservar y disfrutar del planeta que tenemos!*

**DESEAMOS QUE OS HAYA GUSTADO ESTA EXPERIENCIA. DISFRUTAD DE VUESTROS REGALOS.**

**¡PARA NOSOTR@S SOIS LOS MEJORES!!**



---

Equipo de Investigadores ISGlobal, Sílvia y Núria

**¿Has tenido alguna incidencia o problemas relacionados con los siguientes...?**

<p><b>Dispositivos</b> Indica si te has quitado alguno de los dispositivos de la foto y por qué:</p>	
--	--

	DISPOSITIVO Y MOTIVO por el que te lo quitas	HORA INICIO	HORA FINAL
<b>DIA 0</b>	<i>Ejemplo: He ido a la piscina, o he ido a entrenamiento de fútbol</i>	<i>17.03</i>	<i>19:37</i>
<b>DIA 1</b>			
<b>DIA 2</b>			
<b>DIA 3</b>			

	DISPOSITIVO Y MOTIVO por el que te lo quitas	HORA INICIO	HORA FINAL
DIA 4			
DIA 5			
DIA 6			
DIA 7			
DIA 8 recogida			

**OTROS COMENTARIOS:**

---



---



---



---

**Col-laboradors:**



**Finançadors:**

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI16/00261)



Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI17/01340)



**Omega-Brain**

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI17/00663)



**INMA-Ado-Sleep**

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (CP16/00128)



**INMA-Ado-Microbiota**

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI17/01194)



**Endolung**

Este estudio ha sido financiado por el proyecto del Instituto de Salud Carlos III FEDER, (PI18/00547)



**INMA-Ado-Respi**

**URBAMET**

Advancing Tools for Human Early Lifecourse Exposome Research and Translation



This project has received funding from the European Union's Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement

No 874583"

Nº 2019/2 RF/04  
PNREST Anses, 2019/1/233

**ANSES-Expo-enfants**  
**ANSES-Expo-teen**



**OBERON**  
EDCs • TESTING • METABOLISM • IATA



Co-funded by the Horizon 2020  
Framework Programme of the European Union

# INSTRUCCIONES: DISPOSITIVOS Y MUESTRAS

## 1. Reloj/GENEActiv

### Material:

Las enfermeras te entregarán el reloj ya preparado y cargado



### ¿Cuánto tiempo debo llevarlo?:

- Todos los días (**tanto de día como de noche**), desde que te lo pone la enfermera hasta la segunda visita (recogida de muestras) entre 7 y 9 días después.
- Este aparato da mucha información sobre tu actividad física y la calidad de tu descanso, por tanto, **NO TE LO QUITES DURANTE LA NOCHE.**

### Información:

- El reloj es resistente al agua por lo que **NO** es necesario que te lo quites para ducharte o lavarte las manos.
- Si que es necesario que te lo quites en el caso que hagas un deporte de riesgo, intenso (como Karate) o natación.
- Cuando te lo vuelvas a poner, hazlo en **la mano no dominante** (con la que **NO** escribes)



**INTENTA NO QUITÁRTELO NUNCA, pero si lo haces (porque haces deporte intenso y hay peligro de que se rompa o porque te lo pide el entrenador) apuntalo en la hoja 21 del Diario semanal para que los investigadores lo tengan en cuenta**



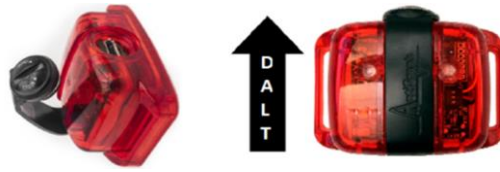
## 2. Acelerómetro/ Actigraph (puede ser que no te lo hayan puesto)

### Material:

Las enfermeras te entregarán el **dispositivo** ya cargado.




Imagen1



### ¿Cuánto tiempo lo he de llevar?:

- Lo debes llevar entre 7 y 9 días, hasta la fecha de la recogida de muestras.
- Debes llevarlo todo el día, incluso por tu casa y hasta el momento de irte a la cama.
- Quítalo por la noche para que no te moleste al dormir.

### Información:

- Debes llevarlo en el lateral derecho de la cintura (Imagen1) tal y cómo te lo han puesto las enfermeras. Por la mañana al levantarte o después de la ducha, pónelo cómo en la foto
- Debes colocarlo de manera que el botón negro esté posicionado hacia arriba.
- Te lo puedes sacar en las siguientes situaciones:
  -  **NO se puede mojar**, debes sacártelo al ducharte o para cualquier actividad acuática (como Natación).
  - Si realizas **alguna actividad de riesgo donde se pueda romper** (artes marciales) o si el entrenador no te lo deja tener (por ejemplo, en fútbol o en Educación física). Debes apuntar en la **página 21** y en el día que corresponda, **CUÁNDO** te lo quitas y el **POR QUÉ**
  - Al irte a dormir.

## 3. Móvil con aplicación ExpoApp (llévalo en el cinturón)

### ¿Cuánto tiempo lo he de llevar?:

- Lo debes llevar entre 7 y 9 días, hasta la fecha de la recogida de muestras.
- Debes llevarlo todo el día, incluso por tu casa y hasta el momento de irte a la cama.
- Quítalo por la noche para que no te moleste al dormir, **aprovecha para cargarlo cada noche**.

### Información:

- Cuando llegues a casa, conéctalo a tu red wifi particular para que pueda ir subiendo los datos al servidor. Para abrir el teléfono, la contraseña es **2004**
- Comprueba cada día que el icono de la aplicación ExpoApp está encendida
- El móvil no tiene tarjeta SIM con lo que no podrás utilizarlo para nada más que para el uso que le hemos asignado.
- **INTENTA NO QUITÁRTELO NUNCA**, pero si lo haces (porque haces deporte intenso y hay peligro de que se rompa o porque te lo pide el entrenador) apuntalo en la **página 21** del Diario semanal para que los investigadores lo tengan en cuenta



**IMPORTANTE:** aunque el teléfono te pide actualizar, **NO LO HAGAS**

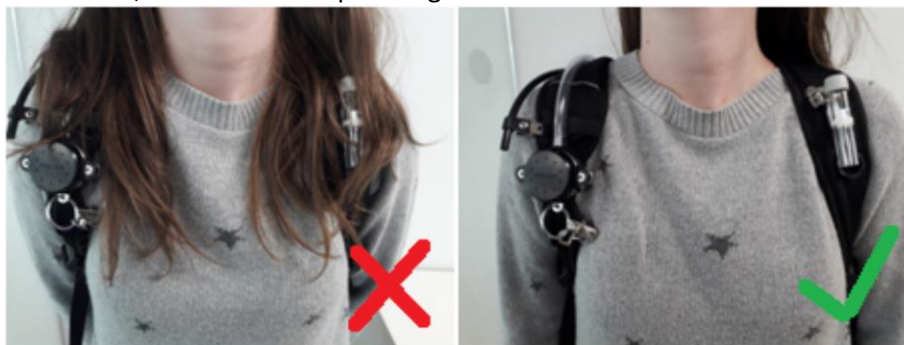
### 3. Tubo NO<sub>2</sub> Personal

#### Material:

1. Tubo NO<sub>2</sub> con un tapón blanco y uno gris (el gris NUNCA se destapa)
2. Cinta/ Clip para llevarlo en la mochila
3. Bolsa de plástico Zip, **NO LA PIERDAS**, sirve para guardar el tapón blanco

#### Información:

- Las enfermeras te darán el tubo y lo recogerán el día de la recogida de muestras (2ª visita). En total lo llevarás entre 7 y 9 días
- Deberás colocarlo cuando llegues a casa en una de las tiras de la mochila (ver imagen)
- El tapón gris siempre tiene que quedar arriba (es gris como el cielo encapotado de Londres) y el extremo abierto abajo. El tapón blanco lo pondremos en la bolsa pequeña (NO LA PIERDAS) porque tendremos que tapar el tubo enseguida que nos veamos.
- Es muy importante **que el extremo abierto no quede tapado por nada** y pueda entrar el aire libremente, ¡cuidado con el pelo largo!



- El tubo **se puede mojar**, por eso si llueve no debes preocuparte, aunque debes asegurarte que no entra agua en el tubo, por eso nunca lo pongas boca abajo.
- Este tubo nos dará información sobre el aire que respiras, por tanto, **debes llevarlo encima o cerca de ti**, el máximo tiempo posible. Durante la semana, sería conveniente que, si haces una extraescolar y/o cambias de mochila, cambies también el tubo. ¡Pero recuerda después de volverlo a poner en la mochila que te llevas al Instituto!
- Cuando te quites la mochila **SIEMPRE déjala en un sitio elevado** (1-1,5 metros) en la habitación, en la clase, en el comedor, etc. y de forma que el tubo no contacte con la pared ni el suelo para evitar que le entre polvo u otras sustancias.
- Si el tubo se rompe, puedes envolverlo en papel film transparente o con celo y guardarlo en su bolsa en la nevera hasta el día de la recogida, **RECUÉRDALA ANOTARLO EN INCIDENCIAS** y avisar a Núria y Sílvia en el teléfono 696444581.
- En el caso que no puedas llevar el tubo o debas ponértelo más adelante, **DEBE GUARDARSE EN NEVERA** dentro de su bolsa y con los tapones puestos.



**¡IMPORTANTE: ¡debes llevarlo el máximo tiempo posible y cuidarlo mucho para que no se rompa!**

#### Recuerda que en el Diario (página 21) debes apuntar:

- Si un día te olvidas de llevar el tubo, o
- Si tiene alguna incidencia (se rompe o se ensucia de polvo)

## 4. RECOGIDA DE ORINA



Día	Mañana	Noche
Día 0	1ª Visita en el CAP, entrega del material	
Día 1	Orina mañana 1	Orina noche 1
Día 2	Orina mañana 2	Orina noche 2
Día 3	Orina mañana 3	Orina noche 3
Día 4	Orina mañana 4	Orina noche 4
Día 5	Orina mañana 5	Orina noche 5
Día 6	Orina mañana 6	Orina noche 6
Día 8	2ª visita, Recogida del material	

**Acuérdate de anotar la hora de recogida de la muestra en la tabla de la página 29.**

*¡Desde el móvil del Proyecto os enviaremos un vídeo explicativo sobre la manera de utilizar el contenedor de orina!*

- ¿Cómo transportar las muestras para la 2ª visita?:**
- 1) Coger el acumulador de frío de color azul ya congelado.
  - 2) Antes de salir de casa, coge la bolsa de plástico con los 12 tubos de orina bien etiquetados.
  - 3) Ponlos en la nevera de transporte y ciérrala bien.
  - 4) Llévala a la segunda visita (Instituto o CAP). Sílvia y/o Núria te lo recogerán.

## 5. RECOGIDA HECES

### Material

1. Kit ZymoResearch con 2 tubos
2. 2 etiquetas
3. Guantes
4. Bolsa plástico tipo Zip



### Instrucciones para la correcta recogida de las muestras:

Ideal orinar antes de empezar el procedimiento.

- 1) Recoger la muestra sobre una superficie limpia y seca, evitando contaminación por orina, agua o papel higiénico. Se puede recoger en el bidet y/o del váter forrados de una bolsa de basura grande (Imagen) o de papel de aluminio.

**IMPORTANTE: NO recoger directamente del váter**



- 2) Desenroscar la tapa del **primer tubo**.
- 3) Utilizar la cucharilla unida al tapón marrón para recoger la muestra (llenar **POR COMPLETO** la cucharilla si las heces son sólidas o 4 cucharillas si es líquida) ¡Puedes ser generoso!
- 4) Coloca la cucharita dentro del tubo y ciérralo.
- 5) Mezcla el tubo durante 30 segundos para generar una suspensión: No agites fuerte.
- 6) Haz lo mismo (pasos 2 a 5) con el **segundo tubo de la MISMA muestra**.

**IMPORTANTE:** La muestra de heces se han de mezclar **COMPLETAMENTE** con el líquido del tubo (No deben quedar partículas grandes)

- 7) Etiqueta los tubos con las etiquetas que te hemos proporcionado (una etiqueta cada uno).
- 8) Guarda los tubos dentro de la bolsa de plástico de las orinas **EN EL CONGELADOR**.
- 9) El día de la segunda visita, coge la bolsa con las muestras del congelador y guárdala en la NEVERA DE TRANSPORTE para entregárselo a las enfermeras.







**COMPLETAR EL CUESTIONARIO DE BRISTOL CON EL DÍA, LA HORA Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS HECES (en la página 18 del Diario)**

😊 ¿Sabías que estas bacterias (microbiota) son muy beneficiosas para nuestro organismo? Algunos contaminantes, cómo los pesticidas y el abuso de los antibióticos, las debilitan y mueren.

**RECOGIDA DIARIA DE ORINA: muchas gracias para rellenar este recuadro, ESTA INFORMACIÓN ES MUY VALIOSA PARA LOS INVESTIGADORES. No te olvides ningún día. Una vez tengas el tubo etiquetado: ¡¡GUARDALO DENTRO DE LA BOLSA EN EL CONGELADOR!!**

**Sab\_15y\_C\_**

<p>El formato de hora debe ser (hh:mm, 24h)</p> <p>"DÍA de la semana" es lunes, martes, etc.</p>	<p><b>DÍA 1</b></p> <p>___/___/202</p> <p>Día de la semana:</p>	<p><b>DÍA 2</b></p> <p>___/___/202</p> <p>Día de la semana:</p>	<p><b>DÍA 3</b></p> <p>___/___/202</p> <p>Día de la semana:</p>	<p><b>DÍA 4</b></p> <p>___/___/202</p> <p>Día de la semana:</p>	<p><b>DÍA 5</b></p> <p>___/___/202</p> <p>Día de la semana:</p>	<p><b>DÍA 6</b></p> <p>___/___/202</p> <p>Día de la semana:</p>
<p><b>Hoy es:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Día de escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Fin de semana</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Día de escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Fin de semana</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Día de escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Fin de semana</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Día de escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Fin de semana</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Día de escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Fin de semana</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Día de escuela</p> <p><input type="checkbox"/> Fin de semana</p> <p><input type="checkbox"/> Otros: _____</p>
<p><b>Mañana</b></p>  	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>
<p><b>Noche</b></p>  	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>	<p>Hora recogida:</p> <p>__:__</p>
<p><b>Comentarios</b> o incidencias con la recogida o congelación</p>						

**RECOGIDA Y PROCESAMIENTO DE ORINA EN EL LABORATORIO**

**VISITA INMA, SABADELL 14-16a**

A cumplimentar por el personal sanitario (NO por el voluntario INMA)

**Sab\_15y\_C\_**

Persona que cumplimenta el formulario	Fecha	Hora procesamiento	Hora congelación -80
Sílvia Núria P Otros:	/ / 202__	:	:

Orinas mañana: UM01 UM02 UM03 UM04 UM05 UM06

Orinas noche: UN01 UN02 UN03 UN04 UN05 UN06

Orinas combinadas: UC01 UC02 UC03 UC04 UC05 UC06 UC07 UC08 UC09

Heces: K01 K02 (Athlete)

Hora congelación -80° en el CAP: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Tachar aquellas alícuotas que no hayan sido recogidas Si el volumen de la última alícuota recogida es diferente a 1800 µL, indicarlo en el campo correspondiente.

Comentarios, incidencias o desviaciones del protocolo: