

# Diario de registro semanal

ID INMA: Sab\_

Aparatos activados desde el día: \_\_\_\_/\_\_\_\_/202\_\_\_\_

Número Reloj (GeneActiv): \_\_\_\_\_

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:*

- *Completes 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 tenéis alguna duda podéis preguntar por whats app o llamar al **móvil INMA 696 44 45 81** y Sílvia y/o Núria os responderán.

Hoy es el **DÍA 0**: DÍA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/202\_\_

**Cada día en casa debes:**

- Completar el diario (preguntas cortas de mañana y de noche)
- Recoger la orina en los tubos y apuntarlo en la **Página 27**
- Si tienes alguna incidencia con el reloj, apuntarlo en la **Página 21** en el día que corresponda

	<b>Hoy es</b>
<b>Día 0</b>	<input type="checkbox"/> día de escuela <input type="checkbox"/> fiesta <input type="checkbox"/> Otros, especificar: _____
<b>Recuerda que:</b>	<b>GeneActiv (reloj)</b>
<b>TODA LA SEMANA</b>	Debes llevarlo en la mano NO dominante. No te lo quites por la noche porque nos da información sobre la calidad de tu sueño. Información en Página 24

**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  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

---

¿Has hecho video llamadas con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_Minutos o \_\_\_ Horas

---

¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?  NO  SI \_\_\_Minutos o \_\_\_ Horas

---

¿Has estado mirando videos online con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_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  SI \_\_\_Minutos o \_\_\_ Horas

---

¿Has estado escuchando música online/ audios o podcast con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_Minutos o \_\_\_ Horas

---

¿Has estado jugando juegos online con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_Minutos o \_\_\_ Horas

---

¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?  NO  SI \_\_\_Minutos o \_\_\_ Horas

---

¿Has jugado a videojuegos con videoconsolas conectadas de manera inalámbrica (sin cable)?  NO  SI \_\_\_Minutos o \_\_\_ Horas

---

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

Sí

No, especifica porqué \_\_\_\_\_



Hoy es DÍA 1: DÍA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/202\_\_

Debes empezar a recoger la orina siguiendo las instrucciones. Apunta la hora en la Página 27

**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)

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

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente cansado  Bastante cansado  Algo cansado  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 video)
  - hacer video 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 videos online

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

- No me despertó
- Sí, ¿Cuál/cuáles Te despertó? \_\_\_\_\_
  - Me despertó, pero no hice nada
  - Me despertó, lo miré y volví a dormir
  - Me despertó, lo miré y contesté

## 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), café, té, alguna bebida energética, o chocolate?

No  Sí



**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  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

¿Has hecho video llamadas con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has estado mirando videos online con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ 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  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_



Hoy es **DÍA 2: DÍA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/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)

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

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente cansado  Bastante cansado  Algo cansado  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 video)
  - hacer video 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 videos online

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

- No me despertó
- Sí, ¿Cuál/cuáles Te despertó? \_\_\_\_\_
  - 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?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

¿Has hecho video llamadas con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has estado mirando videos online con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ 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  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_



Hoy es **DÍA 3: DÍA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/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)

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

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente cansado  Bastante cansado  Algo cansado  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 video)
  - hacer video 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 videos online

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

- No me despertó
- Sí, ¿Cuál/cuáles Te despertó? \_\_\_\_\_
  - 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?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

¿Has hecho video llamadas con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has estado mirando videos online con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ 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  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_



Hoy es **DÍA 4: DÍA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/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)

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

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente cansado  Bastante cansado  Algo cansado  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 video)
  - hacer video 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 videos online

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

- No me despertó
- Sí, ¿Cuál/cuáles Te despertó? \_\_\_\_\_
  - 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?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

¿Has hecho video llamadas con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has estado mirando videos online con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ 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  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_



**Hoy es DÍA 5: DÍA \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/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)

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

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente cansado  Bastante cansado  Algo cansado  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 video)
  - hacer video 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 videos online

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

- No me despertó
- Sí, ¿Cuál/cuáles Te despertó? \_\_\_\_\_
- 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?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

¿Has hecho video llamadas con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has estado mirando videos online con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ 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  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_



Hoy es **DÍA 6: DÍA** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/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)

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

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente cansado  Bastante cansado  Algo cansado  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 video)
  - hacer video 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 videos online

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

- No me despertó
- Sí, ¿Cuál/cuáles Te despertó? \_\_\_\_\_
- 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?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

¿Has hecho video llamadas con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has estado mirando videos online con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ 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  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

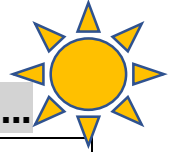
¿Has jugado a videojuegos con videoconsolas conectadas de manera inalámbrica (sin cable)?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

Sí

No, especifica porqué \_\_\_\_\_

Hoy es **DÍA 7: DÍA** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/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)

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

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

Totalmente cansado  Bastante cansado  Algo cansado  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 video)
  - hacer video 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 videos online

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

- No** me despertó
- Sí**, ¿Cuál/cuáles Te despertó? \_\_\_\_\_
- 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?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

¿Has hecho video llamadas con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has hablado con alguien por el teléfono inalámbrico?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

¿Has estado mirando videos online con el móvil o la Tablet?  NO  SI \_\_\_ 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  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas

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

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

¿Has usado gafas virtuales conectadas de manera inalámbrica?  NO  SI \_\_\_ Minutos o \_\_\_ Horas








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

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

Sí

No, especifica por qué \_\_\_\_\_

**CARTA BRISTOL: cuestionario muestra de heces**

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

■ LOS TIPOS 4 Y 5 SON CONSIDERADOS NORMALES

**NO OLVIDES APUNTAR:**

**Día de la recogida:**

\_\_\_/\_\_\_/202\_\_\_



A las \_\_\_: \_\_\_ horas

**CONGELA LA MUESTRA (guarda los tubos en la bolsa transparente 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!!

- Coger las muestras del CONGELADOR: 12 tubos de orina y 1 de heces.
- Coger los cuestionarios en papel de TUS PADRES
- Llevar puesto el Reloj (GeneActiv) para que Sílvia te lo quite
- Completa las preguntas del sueño de la mañana (a continuación)
- ¡Si falta hacer análisis, 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)

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

¿Cómo de descansado te has sentido al despertarte?

- Totalmente cansado  Bastante cansado  Algo cansado  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 video)
  - hacer video 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 videos online

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

- No** me despertó
- Sí**, ¿Cuál/cuáles Te despertó? \_\_\_\_\_
  - 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 vez 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 (sobre todo el aire) afecta 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: vuestros hijos/as

¡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  
L'EXPERIENCIA. DISFRUTAD DE VUESTROS REGALOS.

¡¡ SOIS LOS MEJORES!!



---

Equipo de Investigadores ISGlobal, Sílvia y Núria

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

**Reloj GeneActiv:** Indica si te lo has quitado y por qué:



	MOTIVO	HORA INICIO	HORA FINAL
DIA 0	<i>Ejemplo: He ido a la piscina, o he ido a entrenamiento de fútbol</i>	17.00	19:00
DIA 1			
DIA 2			
DIA 3			
DIA 4			
DIA 5			

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



**Reloj GeneActiv: Indica si te lo has quitado y por qué:**

	MOTIVO	HORA INICIO	HORA FINAL
DIA 6			
DIA 7			
DIA 8: RECOGIDA			

**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: RELOJ Y MUESTRAS BIOLÓGICAS

## 1. Reloj/GENEActiv

### Material:

-Las enfermeras te entregarán el **reloj** ya preparado y cargado y te lo pondrán en la mano no dominante (la que no utilizas para escribir)



### ¿Cuánto tiempo debo llevarlo?:

- Todos los días, desde que te lo pone la enfermera hasta la segunda visita (recogida de muestras) entre 7 y 8 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. **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 lo vuelvas a poner, hazlo en **la mano no dominante** (con la que **NO** escribes)

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



## 2. RECOGIDA DE ORINA



Bolsa para guardar orinas en el congelador

Acumulador de frío para transporte el día de la segunda visita (poner en el congelador)

Nevera de transporte



tubo

Contenedor

Etiqueta (quítala para llenar el tubo)



Día	Matí	Nit
Dia 0	1ª Visita en el CAP, entrega del material	
Dia 1	Orina matí 1 	Orina nit 1 
Dia 2	Orina matí 2 	Orina nit 2 
Dia 3	Orina matí 3 	Orina nit 3 
Dia 4	Orina matí 4 	Orina nit 4 
Dia 5	Orina matí 5 	Orina nit 5 
Dia 6	Orina matí 6 	Orina nit 6 
Dia 8	2ª visita, Recogida del material	

**Acuérdate de anotar la hora de recogida en la tabla de la página 27**

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

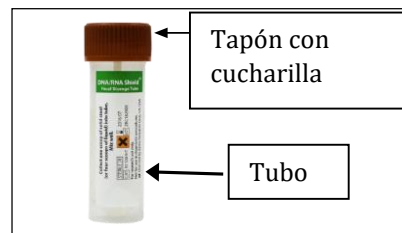
### ¿Cómo transportar las muestras para la 2ª visita?:

- 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 recogeran

### 3. RECOGIDA HECES

#### **Material**

- Kit ZymoResearch con **1 tubo**
- Etiqueta
- Guantes
- 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 tapa del **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**  
**IMPORTANTE: La muestra de heces se han de mezclar COMPLETAMENTE con el líquido del tubo** (No deben quedar partículas grandes)
- 6) Etiqueta el tubo con la etiqueta que te hemos proporcionado
- 7) Guarda el tubo dentro de la bolsa de plástico de las orinas **EN EL CONGELADOR**
- 8) 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 de monitorización)**

😊 **¿Sabías que estas bacterias son muy beneficiosas para nuestro organismo, pero algunos contaminantes, cómo los pesticidas, les debilitan?**

**RECOGIDA DÍARIA 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><b>El formato de hora</b> debe ser (hh:mm, 24h)</p> <p>"<b>DÍA de la semana</b>": lunes, martes, etc.</p>	<p><b>DÍA 1</b></p> <p>___/___/202</p> <p><b>Día de la semana:</b></p>	<p><b>DÍA 2</b></p> <p>___/___/202</p> <p><b>Día de la semana:</b></p>	<p><b>DÍA 3</b></p> <p>___/___/202</p> <p><b>Día de la semana:</b></p>	<p><b>DÍA 4</b></p> <p>___/___/202</p> <p><b>Día de la semana:</b></p>	<p><b>DÍA 5</b></p> <p>___/___/202</p> <p><b>Día de la semana:</b></p>	<p><b>DÍA 6</b></p> <p>___/___/202</p> <p><b>Día de la semana:</b></p>
<p><b>Hoy es:</b></p>	<input type="checkbox"/> Día de escuela <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Día de escuela <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Día de escuela <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Día de escuela <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Día de escuela <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Día de escuela <input type="checkbox"/> Fin de semana <input type="checkbox"/> Otros: _____
<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

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: