



SP.-SIBILANTES / PITOS

En los últimos 12 mese ha tenido su hijo sibilancias o pitos en el pecho

Si

No

NS/NC

Cuantros ataques (distintos episodios)

1-3

4-12

>12

1.- ¿En el último año cuál de las siguientes frases describe mejor a su hijo/a? *Por sibilantes o pitos queremos decir silbidos procedentes del pecho, pero no la respiración ruidosa debida a la nariz tapada. Por otra infección queremos decir dolor de garganta, infección del oído o fiebre.*

- 1. Nunca tiene pitos, aunque esté resfriado y mocososo, o tenga otra infección (nº episodios=0) (Pasar preg 6)
- 2. Tiene pitos ocasionalmente (nº episodios=1-2)
- 3. Tiene pitos a menudo (nº episodios=3-6)
- 4. Tiene pitos muy a menudo (nº episodios=7-12)
- 5. Tiene pitos la mayor parte del tiempo (nº episodios >12)

1b.- Si su hijo/a tuvo pitos por primera vez después del año ¿Qué edad tenía?

.....(años)..... (meses)

2.- ¿Alguno de estos factores ha hecho que empeoraran los pitos de su hijo en los últimos 12 meses?

- | | |
|---|---------------|
| Factores: | Marcar |
| | X |
| 1.-Tiempo | |
| 2.-El polen | |
| 3.-Los humos | |
| 4.- Humo tabaco | |
| 5.- El polvo | |
| 6.- La emoción (pex: el llanto) | |
| 7.- El ejercicio | |
| 8.- La noche | |
| 9.- Las mascotas | |
| 10.- Ropa de lana | |
| 11.- Jabones y/o sprays y/o detergentes | |
| 12.- Comida/bebida | |
| 13.- Resfriados/gripe | |
| 14.- Otras cosas | Especificar: |

3.- En los últimos 12 meses, ¿alguna vez sus pitos han sido tan severos que han producido que parase de respirar?

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

4.- ¿En los últimos 12 meses, ha tenido su hijo pitos que le alteran el sueño y no le dejan dormir?

- NO.....2 (pasar a la pregunta 5)
 SÍ.....1
- Menos de una noche a la semana
 1 o mas noches por semana

- SÍ.....1
 NO.....2 (pasar a la pregunta 5)
- 4.1.- Si SÍ, esto ha pasado: Sólo una vez1
 Pocas veces (menos de 6).....2
 Ocasionalmente (una al mes).....3
 A menudo (una a la semana).....4

Muy a menudo (casi todos los días)5

5.- ¿En los últimos 12 meses, alguna vez sus pitos han sido tan severos que interfieren sus actividades?

SI.....1

NO.... 2 (pasar a la pregunta 6)

5.1.- Si Sí, esto ha pasado:

Sólo una vez	1
Pocas veces (menos de 6).....	2
Ocasionalmente (una al mes).....	3
A menudo (una a la semana).....	4
Muy a menudo (casi todos los días)	5

5.2.- ¿Cuáles son estas actividades?

PC.-PECHO CARGADO

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

- 1. Nunca tiene el pecho cargado, aunque esté resfriado y mucoso, o tenga otra infección (como dolor de garganta, infección de oído, fiebre). *(Por pecho cargado queremos decir la sensación de ruidos o flemas en el pecho (pasar a la pregunta 8)*
- 2. Tiene el pecho cargado ocasionalmente o a veces
- 3. Tiene el pecho cargado la mayor parte del tiempo o siempre lo está (4 o más días por semana al menos 3 meses al año)

6a.- Si la primera vez que ha tenido el pecho cargado ha sido después del año, ¿Qué edad tenía?

.....(años) y (meses)

T.-TOS

8.- En los últimos 12 meses, ¿Ha tenido su hijo/a una tos que haya durado más de 3 semanas?

- Ninguna.....1 (pasar a la pregunta 12)
- 1 o 2 episodios de tos > 3 semanas.....2
- Entre 3 y 5 episodios de tos > 3 semanas.....3
- Entre 6 y 9 episodios de tos > 3 semanas.....4
- Tiene tos la mayor parte del tiempo.....5
- NS/NC.....9

9.- Durante este tiempo, su hijo ha sido al pediatra por esta tos?

- SI.....1
- NO.....2
- NS/NC.....9

9.1 - ¿En cuántas ocasiones?

10.- Si su hijo/a tuvo esta tos por primera vez después del año ¿Qué edad tenía?

.....(años) y (meses)

11.-¿Alguna vez esta tos de más de 3 semanas ha sido tan severa que le ha impedido dormir?

- SI.....1
- NO.... 2 (pasar a la pregunta 12)

- 11.1.- Frecuencia:**
- Sólo una vez 1
 - Pocas veces (menos de 6)..... 2
 - Ocasionalmente (una al mes).....3
 - A menudo (una a la semana).....4
 - Muy a menudo (casi todos los días)5

OP.-OTROS PROCESOS

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

- Ninguna.....1
- 1 o 22
- Entre 3 y 5.....3
- Entre 6 y 124
- Más o menos siempre lo está.....5
- NS/NC.....9

AS.-ASISTENCIA SANITARIA

16.- En los últimos 12 meses, ¿ el niño ha sufrido alguna de estas enfermedades? (Sí:1; No:2)

16.1 Gripe

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.2)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.2 Infección en el pecho

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.3)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.3 Neumonía

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.4)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.4 Bronquitis

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.5)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.5 Asma

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.6)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.6 Otitis

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.7)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.6b- Si su hijo/a tuvo otitis por primera vez después del año ¿Qué edad tenía?

.....(años).....(meses)

16.7 Rinitis alérgica

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.8)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.8 Eczema atópico

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 16.9)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

16.9 Diarrea y/o vómitos

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 17)
- b. SI.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9

	Cuantas veces?	Ha requerido asistencia en alguno de los siguientes niveles asistenciales?			
		CAP	Médico Privado	Urgencias (estancia de <24h desde la llegada al hospital)	Ingreso (estancia de >24h después de la llegada al hospital)
Gripe		SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....
Infección en el pecho		SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....
Neumonía		SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....
Bronquitis		SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....
Asma		SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....
Otitis		SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....

Rinitis Alérgica		SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....
Eczema atópico		SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....
Diarrea y/o vómitos		SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....	SI/NO nº veces....

P.-PIEL

17.- ¿Ha padecido alguno de los siguientes trastornos en la piel? (puede indicar más de uno)

- Varicela.....1
 Eccema atopico.....2
 Eccema seborreico.....3
 Herpes Simple.....4
 Impétigo.....5
 Ninguno.....6

A.-ALERGIAS

18.– En los últimos 12 meses, ¿Su hijo/a ha presentado algún tipo de reacción con algún alimento?

- Sí.....1
 No.....2 (pasar a la pregunta 21)

18a. – Si ha tenido alguna reacción, complete la siguiente tabla:

Indicar tipo de alimento	Indicar sitio de reacción ^A	Tipo de reacción ^B	¿Ha eliminado el alimento de su dieta?	¿La alergia ha sido diagnosticada por algún médico?
1.		a.-Inmediata b.-Mediata c.-Tardía	SI/NO	SI/NO
2.		a.-Inmediata b.-Mediata c.-Tardía	SI/NO	SI/NO
3.		a.-Inmediata b.-Mediata c.-Tardía	SI/NO	SI/NO
4.		a.-Inmediata b.-Mediata c.-Tardía	SI/NO	SI/NO

A. Por sitio de reacción se entiende los órganos o sistemas donde se manifiesta la alergia alimentaria (ej, cutánea, intestinal, conjuntival, respiratoria).

B. Por tipo de reacción, se entiende el tiempo que transcurre entre la incorporación del alimento y la aparición de los síntomas. Así se describen reacciones: 1) inmediatas cuando aparecen los síntomas dentro de los 90 minutos, 2) mediatas en las cuales la clínica dentro de las primeras 48 h 3) tardías, cuando los síntomas aparecen mas allá de los dos días de ingerir el alimento.

21.– Tiene actualmente su hijo algunas de las siguientes características en la piel:

- a. Piel seca en general:** SI/NO
- b. Manchas rojas que pican:** SI/NO
- c. Estas manchas se localizan en:**
- c1. zonas de flexión** SI/NO
 (pliegue del codo, detrás de las rodillas, alrededor del cuello, frente del tobillo)
- c2. superficie externa (brazos y piernas)** SI/NO
- c3. mejillas** SI/NO

M.-MEDICAMENTOS

23.- En los últimos 12 meses, ¿ha tomado su hijo algún medicamento (incluyendo cremas, inhaladores, gotas, etc...) para alguna de las siguientes patologías?:

23.1. Pitos/sibilancias (1)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.2)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.2)

23.2. Alergias (2)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.3)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.3)

23.3 Tos (3)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.4)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.4)

23.4. Pecho cargado/infecciones respiratorias (4)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.5)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.5)

23.5. Otras infecciones (5)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.6)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.6)

23.6. Fiebre (6)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.7)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.7)

23.7. Diarrea (7)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.8)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.8)

23.8. Estreñimiento (8)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.9)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.9)

23.9. Dolor (9)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.10)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.10)

23.10. Eczema atópico (10)

- a. NO.....1 (Pasar a la pregunta 18.11)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla;
- c. NS/NC.....9 (Pasar a la pregunta 18.11)

23.11. Por cualquier otro motivo (11), especificar:

- a. NO.....1 (Fin de cuestionario)
- b. SÍ.....2 ⇒completar tabla; (y Fin de cuestionario)
- c. NS/NC.....9 (Fin de cuestionario)

<u>Motivo</u>	<u>Nombre</u> del medicamento	<u>Forma</u> farmacéutica o <u>vía</u> de administración (cápsulas, jarabe...)	Nº de <u>episodios</u> en los que ha recibido el medicamento (o "tandas" de tratamiento) ¹	Nº de <u>días</u> que ha recibido el medicamento, en total desde la última entrevista ²	Nº de <u>veces</u> por día ³	<u>Quién</u> lo prescribió ⁵
1		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
2		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
3		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
4		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
5		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)

¹escribir el nº de episodios o veces que ha recibido el tratamiento (si es crónico o continuo; episodios 1) ²escribir el nº de días totales que ha recibido el tratamiento (suma del total de días en los diferentes episodios) ejemplo: dos episodios de 7 días cada uno; nº total de días = 14

³ejemplo: si lo tomaba tres veces al día o cada 8 horas, nº veces=3

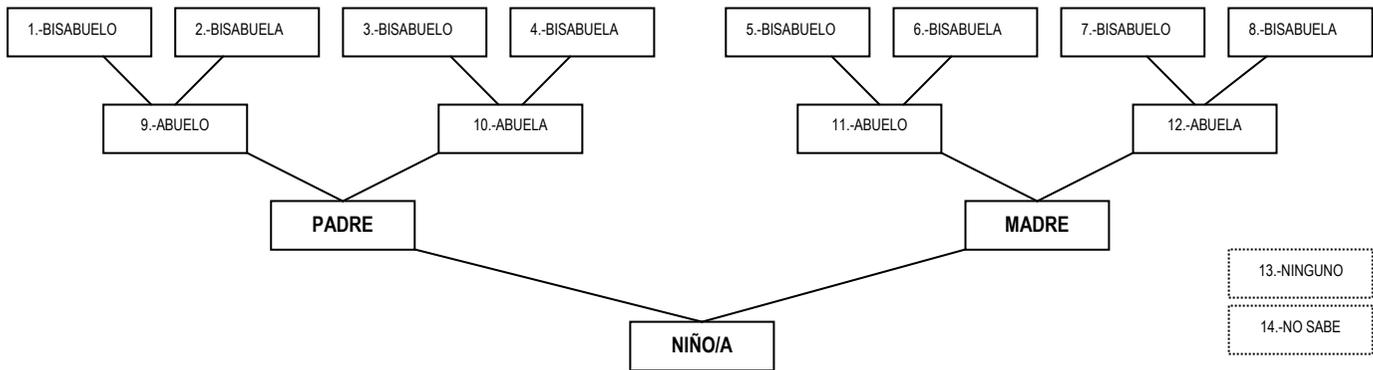
H.-HOMEOPATÍA:

Motivo	Nombre del medicamento	Forma farmacéutica o vía de administración (cápsulas, jarabe...)	Nº de episodios en los que ha recibido el medicamento (o "tandas" de tratamiento) ¹	Nº de días que ha recibido el medicamento, en total desde la última entrevista ²	Nº de veces por día ³	Quién lo prescribió ⁵
1		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
2		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
3		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
4		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)
5		1. cápsulas, grageas, comprimidos 2. supositorios 3. tópica piel (pomada, parche, gotas) 4. inhalatoria 5. líquidos vía oral (jarabes, granulados, efervescentes) 6. inyectables, intramuscular 7. endovenosa				1. pediatría hospital 2. pediatría ambulatorio 3. pediatra privado 4. farmacéutica/o 5. enfermera/o 6. automedicación (madre) 7. otros (no especificar)

A.- ANTECEDENTES

24.- Alguno de los abuelos o bisabuelos de su hijo/a ha estado diagnosticado de:
(poner el número o números de los abuelos/bisabuelos que padezcan o hayan padecido la enfermedad):

- a) Parkinson:.....
- b) Alzheimer:
- c) Demencia:



24a-Alguna de las enfermedades anteriores, ha sido diagnosticada antes de los 60 años?

- 1-SI
- 2 NO

19a1-Indicar quién (número)..... y de que enfermedad (poner letra).....
19a2-Indicar quién (número)..... y de que enfermedad (poner letra).....
19a3-Indicar quién (número)..... y de que enfermedad (poner letra).....

3- NS/NC