



QÜESTIONARI DONES

v3.1 CAT

Centre BST _____

ID BST

Data / /

Entrevista completa

Qüestionari salut

Enganxeu etiqueta

ID BST 128

GCAT

1a revisió _____ Data / /

2a revisió _____ Data / /

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

Benvolguda col·laboradora, la informació que us demanem a continuació sobre els vostres hàbits de vida i estat de salut és essencial per l'estudi.

Les respostes són estrictament confidencials.

- Contesteu sobre la vostra rutina, no sobre casos aïllats.
- Responen totes les preguntes.
- Si dubteu en una resposta, marqueu l'opció amb la qual us sentiu més identificada.
- No deixeu preguntes en blanc.
- Si no sabeu què contestar, marqueu la casella **NS/NC** (No ho sé / No vull contestar).
- Si no voleu contestar, marqueu la casella **NS/NC** (No ho sé / No vull contestar).

Us agraïm la vostra col·laboració.



SECCIÓ A

FACTORS DEMOGRÀFICS I SOCIOECONÒMICS

A

A1 Sexe Home Dona

A2 Data de naixement Dia Mes Any

A3 Edat

A4 País de naixement _____

A5 Municipi de naixement _____

A6 Municipi de residència _____

A7 Quants anys fa que viviu aquí de forma continuada? anys

Considerem continuada quan s'ha viscut sense interrupcions durant temps superiors a 6 mesos.

A8 A quina raça o ètnia diríeu que pertanyeu? I els vostres pares biològics?

Si us plau, indiqueu una resposta a cada línia.

	Blanca/ Caucàsica	Negra	Asiàtica	Gitana	Magribina	Llatino- americana	Altres	NS/NC
Vós	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9 Sou esquerrana o dretana?

Es considera esquerrana si va néixer esquerrana, encara que de petita l'obligessin a canviar.

Esquerrana Dretana Ambidextra NS/NC

A10 Quin és el vostre estat civil actual?

Soltera Casada Vídua Divorciada/separada Parella de fet NS/NC

A11 Viviu en parella?

Sí, quants anys fa? No

A12 Us heu divorciat algun cop?

Sí, un cop Sí, més d'un cop No NS/NC



A13 Quin és el nivell d'estudis més alt que heu completat?

Si us plau, indiqueu només una resposta.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No tinc estudis | <input type="checkbox"/> Ensenyament general secundària, 2n cicle (BUP o batxillerat) |
| <input type="checkbox"/> Estudis primaris o equivalents (fins a 6è EGB o Primària) | <input type="checkbox"/> Ensenyaments professionals superiors (FP2 o grau superior) |
| <input type="checkbox"/> Ensenyament general secundari, 1r cicle (EGB completada o ESO) | <input type="checkbox"/> Estudis universitaris o equivalents (estudis universitaris i de postgrau) |
| <input type="checkbox"/> Ensenyament professional de 2n grau, 2n cicle (FP1 o grau mitjà) | <input type="checkbox"/> NS/NC |

A14 Quantes persones en total viuen al vostre mateix habitatge incloent-vos-hi?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Més de 10
 NS/NC

A15 Amb quina freqüència visiteu o us visiten les següents persones?

Si us plau, indiqueu una resposta a cada línia.

	Pràcticament a diari	2-4 cops a la setmana	1 cop a la setmana	1 cop al mes	1 cop cada pocs mesos	Mai o gairebé mai	No tinc amics/família fora de la llar	NS/NC
Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A16 Amb quina freqüència esteu en contacte (telèfon, email, altres) amb les següents persones?

Si us plau, indiqueu una resposta a cada línia.

	Pràcticament a diari	2-4 cops a la setmana	1 cop a la setmana	1 cop al mes	1 cop cada pocs mesos	Mai o gairebé mai	No tinc amics/família fora de la llar	NS/NC
Família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17 Quin és el total d'ingressos (bruts) anuals de la vostra unitat familiar?

Entenem per unitat familiar com els membres de la llar que comparteixen despeses.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menys de 18.000 € | <input type="checkbox"/> De 31.000 a 51.999 € | <input type="checkbox"/> Més de 100.000 € |
| <input type="checkbox"/> De 18.000 a 30.999 € | <input type="checkbox"/> De 52.000 a 100.000 € | <input type="checkbox"/> NS/NC |

A18 Quin tipus de centre de salut feu servir habitualment?

Si us plau, indiqueu només una resposta.

- Seguretat social Públic i privat Mútua privada Altres privats NS/NC

A19 Heu participat mai en algun altre estudi de recerca biomèdica?

En cas afirmatiu, escriviu-ne el nom.

- Sí _____ No NS/NC



SECCIÓ B

ÀMBIT LABORAL

B

B1 Quina d'aquestes situacions descriu millor la vostra situació laboral actual?

Si us plau, indiqueu només una resposta.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Treballant remunerada o autònoma | <input type="checkbox"/> En situació d'atur | <input type="checkbox"/> Incapacitat laboral |
| <input type="checkbox"/> Voluntària o treballant sense sou | <input type="checkbox"/> Jubilada | <input type="checkbox"/> Cap de les anteriors |
| <input type="checkbox"/> Em faig càrrec de la casa/família | <input type="checkbox"/> Estudiant | <input type="checkbox"/> NS/NC |

B2 Heu tingut feina durant els darrers 12 mesos?

- Sí No (*passeeu a la secció C, pàgina 5*) NS/NC

B3 Quantes feines heu tingut durant els darrers 12 mesos?

- 1 2 3 NS/NC

ATENCIÓ!

Si teniu o heu tingut feina en els darrers 12 mesos si us plau responeu les següents qüestions.

COPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

B4 Respondeu les preguntes següents referents a la feina:

	1a feina	2a feina	3a feina
Quina ocupació teniu o teníeu?			
Quantes hores a la setmana treballeu o treballàveu?			
Durant quants mesos dels últims 12 heu realitzat aquesta feina?			
Quin horari laboral teniu o teníeu?			
Quins mitjans de transport feu o fèieu servir per anar a la feina? <i>Podeu indicar més d'un si és el cas.</i>			
Quant temps tardeu cada dia a fer el trajecte fins a la feina en cada mitjà de transport? <i>Sumeu el temps d'anada i tornada.</i>			
Quina situació laboral teniu o teníeu en aquesta ocupació?	a b c d e f g h	a b c d e f g h	a b c d e f g h

Consulteu i encerceleu una de les opcions indicades:

- | | |
|--|--|
| a. Treballador per compte propi sense assalariats | e. Gerent d'una empresa amb menys de 10 assalariats |
| b. Treballador per compte propi amb menys de 10 assalariats | f. Gerent d'una empresa amb 10 o més assalariats |
| c. Treballador per compte propi amb 10 assalariats o més | g. Capatàs, supervisor, encarregat |
| d. Un altre assalariat | h. No ho sé o no vull contestar (NS/NC) |

**B5** Quin tipus d'activitat física realitzeu a la feina?

Si us plau, de les següents quatre possibilitats marqueu la resposta que s'ajusti millor a les vostres activitats. Indiqueu només una resposta per feina.

Feina sedentària 1a feina 2a feina 3a feina

Passeu la major part del temps asseguda (p.e.: feina d'oficina).

Feina de peu 1a feina 2a feina 3a feina

Passeu la major part del temps de peu o caminant. No obstant, la feina no requereix un esforç físic intens (p.e.: dependent, perruquer, vigilant, etc.).

Feina manual 1a feina 2a feina 3a feina

Suposa algun esforç físic incloent la càrrega d'objectes pesants i l'ús d'eines (p.e.: lampista, electricista, fuster, etc.).

Feina manual forta 1a feina 2a feina 3a feina

Implica una activitat física molt forta incloent la càrrega d'objectes molt pesants (p.e.: estibador, miner, paleta, obrer de la construcció, etc.).

No ho sap / No contesta 1a feina 2a feina 3a feina

SECCIÓ C**ACTIVITAT FÍSICA****C****CÒPIA DE CONSULTA****ATENCIÓ!**

Les següents qüestions es refereixen a l'activitat física realitzada fora de l'horari laboral.

**C1** Actualment, quants dies a la setmana camineu durant almenys 10 minuts?

Sense tenir en compte la feina.

dies Incapacitat per a caminar (*passeu a la pregunta C3, pàgina actual*) NS/NC

C2 Quants minuts de mitjana camineu cada dia?

Sense tenir en compte la feina.

minuts/dia NS/NC

C3 Practiqueu algun esport regularment?

Sí No NS/NC

C4 Heu practicat algun esport durant els darrers 12 mesos?

Sí No (*passeu a la pregunta C6, pàgina 7*) NS/NC



C5 Seleccioneu els esports que hàgiu practicat durant els darrers 12 mesos i responeu les preguntes següents:

Si us plau, marqueu les respostes que s'ajustin millor a la vostra pràctica en els darrers 12 mesos.

*Si l'esport que practiqueu no és a la llista i trieu **Un altre esport**, anoteu-lo tenint en compte que:*

- **Esport vigorós:** és el que requereix un esforç físic fort i el fa respirar molt més fort del normal.
- **Esport moderat:** és el que requereix un esforç físic moderat i el fa respirar molt més fort del normal.
- **Esport lleuger:** és el que no compleix criteris ni de vigorós ni de moderat.

	Durant quants mesos n'heu practicat? (Número de mesos)	Amb quina freqüència n'heu practicat? (Número de vegades al dia/setmana/mes)	Durant quant de temps de mitjana n'heu practicat? (Temps en minuts o hores cada vegada)
Ciclisme	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Senderisme	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Córrer	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Bàsquet	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Futbol	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Natació	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Gimnàstica en general	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Tenis	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Pàdel	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Handbol	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Arts marciais	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Patinatge	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Golf	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Tai-txi	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Ioga	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Escalada	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Voleibol	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Aeròbic	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Atletisme	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Ball	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Un altre esport vigorós (anoteu-lo)	_____	_____	_____
	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Un altre esport moderat (anoteu-lo)	_____	_____	_____
	□□□	□□□ / _____	□□□ _____
Un altre esport lleuger (anoteu-lo)	_____	_____	_____
	□□□	□□□ / _____	□□□ _____

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

**C6** Quantes hores a la setmana dediqueu a fer feines domèstiques?

___ hores/setmana NS/NC

C7 Els dies laborables:

A quina hora aneu a dormir? ___ : ___ (format de 24 h)

A quina hora us lleveu? ___ : ___ (format de 24 h)

C8 Els dies laborables, feu la migdiada?

Sí Durant quanta estona? _____ minuts No

C9 Els dies no laborables:

A quina hora aneu a dormir? ___ : ___ (format de 24 h)

A quina hora us lleveu? ___ : ___ (format de 24 h)

C10 Els dies no laborables, feu la migdiada?

Sí Durant quanta estona? _____ minuts No

C11 Els dies laborables, quantes hores al dia passeu mirant la televisió, llegint o a l'ordinador fora de la feina?

___ hores/dia NS/NC

C12 Els dies no laborables quantes hores al dia passeu mirant la televisió, llegint o a l'ordinador fora de la feina?

___ hores/dia NS/NC

C13 Pugeu 10 o més trams d'escala durant el dia?

Entenent com a tram d'escala l'equivalent a un pis o 18 esglaons aproximadament.

Sí No NS/NC



SECCIÓ D ALTRES HÀBITS

D

D1 Quantes hores al dia passeu habitualment a l'exterior de casa o a l'aire lliure?

Tingueu en compte les hores de feina.

Entre setmana: hores al dia El cap de setmana: hores al dia NS/NC

D2 Quan preneu el sol, feu servir habitualment protecció solar (p.e.:crema solar, barret)?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mai o rarament | <input type="checkbox"/> La majoria dels cops | <input type="checkbox"/> No prenc el sol |
| <input type="checkbox"/> Algun cop | <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> NS/NC |

D3 Quan passeu temps a l'exterior, feu servir habitualment protecció solar? (p.e.:crema solar, barret)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mai o rarament | <input type="checkbox"/> La majoria dels cops | <input type="checkbox"/> No estic a l'exterior quan hi ha sol |
| <input type="checkbox"/> Algun cop | <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> NS/NC |

D4 Us cremeu durant la primera exposició solar?

Considereu una exposició d'1 h sense protecció solar.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí, em cremo fàcilment | <input type="checkbox"/> Algun cop | <input type="checkbox"/> Mai no em cremo |
| <input type="checkbox"/> Sí, em cremo moderadament | <input type="checkbox"/> Rarament em cremo | |

D5 Què us passaria a la pell si us exposéssiu repetidament a la llum solar durant l'estiu sense cap mena de protecció? Estaríeu:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Molt bronzejada | <input type="checkbox"/> Lleu o poc bronzejada |
| <input type="checkbox"/> Moderadament bronzejada | <input type="checkbox"/> Mai no em bronzejaria, només em sortirien pigues |

D6 De quin color teniu els cabells?

Preneu com a referència el color del cabell en edat adulta (a partir de 18 anys).

- | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Negre | <input type="checkbox"/> Castany fosc | <input type="checkbox"/> Castany clar | <input type="checkbox"/> Ros | <input type="checkbox"/> Pèl-roig |
|--------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|

D7 De quin color teniu la pell?

Preneu com a referència el color de la part interior de l'avantbraç.

- | | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Negra | <input type="checkbox"/> Morena | <input type="checkbox"/> Mitjana | <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Molt blanca |
|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|

D8 De quin color teniu els ulls?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Negre o marró fosc | <input type="checkbox"/> Marró clar o de color mel | <input type="checkbox"/> Blau, gris o verd clar |
| <input type="checkbox"/> Marró | <input type="checkbox"/> Blau, gris o verd | |

D9 Teniu pigues?

- | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abundants | <input type="checkbox"/> Algunes | <input type="checkbox"/> Poques | <input type="checkbox"/> Ocasionals | <input type="checkbox"/> No |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|



SECCIÓ E

TABAQUISME

E

E1 Heu fumat 100 cigarretes o més al llarg de la vostra vida?

Sí No (*passeeu a la pregunta E11, pàgina 10*) NS/NC

E2 Fumeu actualment?

Considereu actualment com l'últim mes.

Sí No (*passeeu a la pregunta E4, pàgina actual*) NS/NC

E3 Quants anys teníeu quan vau començar a fumar?

(contesteu i passeeu a la pregunta E7, pàgina actual)

anys NS/NC

E4 Heu fumat algun cop de manera continuada?

Considereu de manera continuada, fumar com a mínim 1 cigarreta a la setmana.

Sí No (*passeeu a la pregunta E11, pàgina 10*) NS/NC

E5 Quants anys teníeu quan vau començar a fumar de manera continuada?

anys NS/NC

E6 Quants anys teníeu quan vau deixar de fumar de manera continuada?

(contesteu i passeeu a la pregunta E10, pàgina 10)

anys NS/NC

E7 Quina mena de tabac fumeu principalment? Quina quantitat fumeu de mitjana?

Podeu marcar més d'una opció.

	Fumo diàriament (1 o més d'1 al dia) <i>Indiqueu la quantitat</i>	No fumo diàriament (menys d'1 al dia)	NS/NC
Cigarretes	<input type="text"/> cigarretes/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac de caragolar	<input type="text"/> cigarretes/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigars	<input type="text"/> cigars/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipa	<input type="text"/> grams/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipa d'aigua	<input type="text"/> pipes d'aigua/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E8 Quin tipus de tabac fumeu?

Ros Negre Tots dos NS/NC



E9 Quant temps passeu entre que us lleveu i fumeu la primera cigarreta?

(contesteu i passeu a la pregunta E11, pàgina actual)

- Fins a 5 minuts Entre 31 i 60 minuts Més de 2 hores
 Entre 6 i 30 minuts De 61 minuts a 2 hores NS/NC

E10 Quina mena de tabac fumàveu principalment? Quina quantitat fumàveu de mitjana?

Podeu marcar més d'una opció.

	Fumava diàriament (1 o més d'1 al dia) <i>Indiqueu la quantitat</i>	No fumava diàriament (menys d'1 al dia)	NS/NC
Cigarretes	___ cigarretes/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac de caragolar	___ cigarretes/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigars	___ cigars/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipa	___ grams/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipa d'aigua	___ pipes d'aigua/dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E11 Fins a l'edat de 18, quants anys vau viure amb una persona que fumés cigarretes, cigars o pipes dins de casa?

- ___ anys (*entre 1 i 18 anys*) Cap NS/NC

E12 Durant tota la seva vida adulta, des de l'edat de 18 fins ara, quants anys heu viscut amb una persona que fumés cigarretes, cigars o pipes dins de casa?

- ___ anys Cap NS/NC

E13 Durant tota la seva vida adulta, des de l'edat de 18 fins ara, quants anys heu treballat en un entorn on altres persones fumessin cigarretes, cigars o pipes en la vostra presència?

- ___ anys Cap NS/NC

E14 Actualment, a part de vós, hi ha algú que fumi habitualment a l'interior de casa vostra?

- Sí, 1 persona No (*passeu a la pregunta E16, pàgina actual*)
 Sí, més d'1 persona NS/NC

E15 A casa, quantes hores a la setmana de mitjana esteu exposada al fum del tabac d'una altra persona?

- ___ hores/setmana NS/NC

E16 Fora de casa, quantes hores a la setmana de mitjana esteu exposada al fum del tabac d'una altra persona?

- ___ hores/setmana No estic exposada al fum del tabac de ningú més NS/NC

**E17** La vostra mare fumava quan us estava gestant?

Sí No NS/NC

E18 Heu fet servir algun dispositiu vaporitzador de tabac (cigarreta electrònica)?

Sí No (*passeeu a la pregunta E23, pàgina actual*) NS/NC

E19 Quants anys teníeu quan vau començar a fumar cigarretes electròniques?

____ anys NS/NC

E20 Quants anys teníeu quan vau deixar de fumar cigarretes electròniques?

____ anys Encara fumo cigarretes electròniques NS/NC

E21 Quin és o era el volum de la càrrega de la cigarreta electrònica?
Quina és o era la concentració de nicotina?

Volum: ____ mL NS/NC

Concentració de nicotina: ____ mg/mL NS/NC

E22 Quantes càrregues de cigarreta electrònica fumeu o fumàveu cada mes?

Quantitat al mes: ____ NS/NC

E23 Quantes hores a la setmana esteu exposada de mitjana al vapor de la cigarreta electrònica d'una altra persona?

____ hores No estic exposada al vapor de la cigarreta electrònica de ningú més NS/NC

SECCIÓ F**CONSUM D'ALCOHOL****F****F1** Amb quina freqüència beveu alcohol actualment?

Si us plau, indiqueu només una resposta. Si contesteu "Mai o menys d'un cop al mes" o "NS/NC", passeu a la pregunta F2, pàgina actual. Altres respostes, passeu a la pregunta F4, pàgina 12.

Mai o menys d'un cop al mes 1 cop a la setmana 1 cop al dia
 1 cop al mes 2 o 3 cops a la setmana 2 cops o més al dia
 2 o 3 cops al mes De 4 a 6 cops a la setmana NS/NC

F2 Heu consumit begudes amb alcohol durant les franges d'edat següents?

Podeu marcar més d'una opció.

Sí, entre els 20 anys i els 29 Sí, entre els 50 anys i els 59
 Sí, entre els 30 anys i els 39 No (*passeeu a la pregunta F4, pàgina 12*)
 Sí, entre els 40 anys i els 49 NS/NC



F3 Amb quina freqüència?

Si us plau, indiqueu només una resposta.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mai o menys d'un cop al mes | <input type="checkbox"/> 1 cop a la setmana | <input type="checkbox"/> 1 cop al dia |
| <input type="checkbox"/> 1 cop al mes | <input type="checkbox"/> 2 o 3 cops a la setmana | <input type="checkbox"/> 2 cops o més al dia |
| <input type="checkbox"/> 2 o 3 cops al mes | <input type="checkbox"/> De 4 a 6 cops a la setmana | <input type="checkbox"/> NS/NC |

F4 Actualment beveu alcohol durant els àpats?

- Sí No NS/NC

F5 Quina quantitat de les begudes següents consumiu de mitjana?

Si no beveu, marqueu l'opció "Mai o menys d'1 cop/mes". Indiqueu una resposta a cada línia.

	Mai o menys d'1 cop/mes	1-3 cops/mes	1 o 2 cops/setmana	3 o 4 cops/setmana	5 o 6 cops/setmana	1 cop/dia	2 o 3 cops/dia	4 o més cops/dia	NS/NC
Gots de vi blanc/rosat <i>Un got de vi conté 100 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gots de vi negre <i>Un got de vi conté 100 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gots de cervesa <i>Un got de canya conté 200 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copa de xampany, cava o sidra <i>Una copa de cava conté 100 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vi dolç, vermut, xerès o similar <i>Un got de vi dolç conté 50 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copa de licor o combinat (whisky, brandi, etc.) <i>Una copa de licor conté 50 cc.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si us plau, comproveu que heu marcat una opció a cada línia

SECCIÓ G
ALIMENTACIÓ



G1 A quina hora heu menjat per últim cop?

Hora : (*format de 24 h*) NS/NC

G2 Feu servir l'oli d'oliva com a principal greix per cuinar?

- Sí No NS/NC

**G3 Quina quantitat d'oli d'oliva consumiu en total al dia?**

Incloeu-hi el que feu servir per fregir, el dels àpats fora de casa, les amanides, etc.

- 4 cullerades o més 3 cullerades o menys

G4 Quantes racions de verdures o hortalisses consumiu al dia?

Les guarnicions o acompanyaments equivalen a mitja ració i una ració equival a uns 200 g.

- 2 o més 1 o cap

G5 Quantes peces de fruita consumiu al dia?

Incloeu-hi els succhs naturals.

- 3 o més 2 o menys

G6 Quantes racions de carn vermella, hamburgueses, salsitxes o embotits consumiu al dia?

Una ració equival entre 100 i 150 g.

- 1 o més Menys d'una

G7 Quantes porcions de mantega, margarina o nata consumiu al dia?

Una porció individual equival a 12 g.

- 1 o més al dia Menys d'una al dia

G8 Quantes begudes carbonatades o ensucrades (refrescs, coles, tòniques, bíters) consumiu al dia?

- 1 o més al dia Menys d'una al dia

G9 Beveu vi? Quant en consumiu a la setmana?

Si no beveu, marqueu l'opció "6 gots o menys a la setmana".

- 7 gots o més a la setmana 6 gots o menys a la setmana

G10 Quantes racions de llegums consumiu a la setmana?

Un plat o ració conté uns 150 g.

- 3 o més a la setmana 2 o menys a la setmana

G11 Quantes racions de peix i marisc consumiu a la setmana?

1 plat, peça o ració: 100 a 150 g de peix; 4-5 peces o 200 g de marisc.

- 3 o més a la setmana 2 o menys a la setmana

G12 Quants cops consumiu brioixeria industrial (no casolana) com galetes, flams, dolços o pastissos a la setmana?

- 2 o més a la setmana 1 o menys a la setmana

G13 Quants cops consumiu fruites seques a la setmana?

Una ració equival a 30 g.

- 3 o més a la setmana 2 o menys a la setmana



G14 Consumiu preferentment carn de pollastre, gall d'indi o conill en comptes de carn de vedella, porc, hamburgueses o salsitxes?

Una peça o ració de carn de pollastre conté de 100 a 150 g.

Sí No

G15 Quants cops a la setmana consumiu vegetals, pasta, arròs o altres plats cuinats amb sofregit (salsa de tomàquet, all, ceba o porro elaborat a foc lent amb oli d'oliva)?

2 o més a la setmana 1 o menys a la setmana

G16 Quantes tasses de cafè preneu habitualment al dia?

1 tasses No prenc cafè NS/NC

G17 Quantes tasses de te preneu habitualment al dia?

1 tasses No prenc te NS/NC

G18 Amb quina freqüència consumiu els aliments següents?

Si us plau, indiqueu una resposta a cada línia

	Mai o gairebé mai	Menys d'1 cop setmana	1 o 2 cops/setmana	3 o 4 cops/setmana	5 o 6 cops/setmana	1 cop/dia	2 o 3 cops/dia	Més de 3 cops/dia
Fruita fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carn blanca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Carn vermella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasta, arròs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pa, cereals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llegums	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embotits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Productes lactis (llet, formatge, iogurt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolços (galletes, mermelades, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si us plau, comproveu que heu marcat una opció a cada línia



SECCIÓ H

HISTORIAL MÈDIC

H

H1 En general, diríeu que el vostre estat de salut és:

- Molt bo Bo Regular Dolent Molt dolent

H2 Quin ha estat el màxim de pes a què heu arribat durant els darrers 5 anys?

- Kg NS/NC

H3 Quin ha estat el mínim de pes a què heu arribat durant els darrers 5 anys?

- Kg NS/NC

H4 Heu patit canvis de pes durant els darrers 12 mesos?

Considereu una variació mínima de 2,5 kg.

- Sí No NS/NC

H5 Quant pesàveu quan vau néixer?

- Menys de 2,5 kg De 3 a menys de 3,5 kg Igual o més de 4 kg
 De 2,5 a menys de 3 kg De 3,5 a menys de 4 kg NS/NC

H6 Vau néixer per part vaginal o cesària?

- Part vaginal Cesària NS/NC

H7 Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps vau estar molt nerviosa?

- Sempre Moltes vegades Només alguna vegada
 Quasi sempre Algunes vegades Mai

H8 Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps us vau sentir tan baixa de moral que res no us podia animar?

- Sempre Moltes vegades Només alguna vegada
 Quasi sempre Algunes vegades Mai

H9 Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps us vau sentir calmada i tranquil·la?

- Sempre Moltes vegades Només alguna vegada
 Quasi sempre Algunes vegades Mai

H10 Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps us vau sentir desanimada i trista?

- Sempre Moltes vegades Només alguna vegada
 Quasi sempre Algunes vegades Mai



H11 Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps us vau sentir feliç?

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Moltes vegades | <input type="checkbox"/> Només alguna vegada |
| <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Algunes vegades | <input type="checkbox"/> Mai |

H12 Durant les 4 últimes setmanes, quant de temps la vostra salut física o els vostres problemes emocionals han dificultat les vostres activitats socials (com visitar els amics, familiars, etc)?

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sempre | <input type="checkbox"/> Moltes vegades | <input type="checkbox"/> Només alguna vegada |
| <input type="checkbox"/> Quasi sempre | <input type="checkbox"/> Algunes vegades | <input type="checkbox"/> Mai |

H13 Us ha diagnosticat un metge alguna vegada alguna de les malalties següents?

- Sí No (*passeeu a la pregunta H14, pàgina 17*) NS/NC

Quants anys teníeu quan us la van diagnosticar per primer cop?

Càncer (1r) anys On estava localitzat?

Càncer (2n) anys On estava localitzat?

Càncer (3r) anys On estava localitzat?

Diabetis anys Tipus:

Hipertensió arterial anys

Hipercolesterolèmia o triglicèrids anys

Ictus, vessament cerebral anys

Infart de miocardi, atac de cor anys

Angina de pit anys

Infecció per *Helicobacter pylori* anys

Malaltia de Crohn anys

Colitis ulcerosa anys

Pòlips al colon o al recte anys

Hepatitis crònica anys

Al·lèrgia anys

Rinitis anys

Èczema anys

Psoriasi anys

Artritis anys

Lupus anys

Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) anys

Asma anys



H15 A més dels tractaments esmentats, heu pres durant els darrers 12 mesos alguna aspirina o algun altre antiinflamatori no esteroide (ibuprofèn, diclofenac...) dels que apareixen a la llista?

Trobareu un llistat a la pàgina 31.

Sí No (*passeeu a la pregunta H17, pàgina actual*) NS/NC

H16 A continuació us demanem que ens indiqueu el nom i el temps durant el qual heu pres cada antiinflamatori, durant els darrers 12 mesos.

Si us plau, indiqueu només un medicament per línia.

Com es diu el medicament?	Per a quina condició en preneu? <i>(anoteu la condició)</i>	Amb quina freqüència en preneu? <i>(unitats que preneu per dia, per setmana o per mes)</i>	Durant quants mesos n'heu pres? <i>(anoteu d'1 a 12)</i>
		___ / _____	___
		___ / _____	___
		___ / _____	___
		___ / _____	___
		___ / _____	___
		___ / _____	___
		___ / _____	___

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

H17 Heu pres vitamines, minerals o altres suplementos alimentaris durant el darrer any?

Sí No (*passeeu a la pregunta H19, pàgina 19*) NS/NC

H18 Quins dels suplementos següents de vitamines i minerals heu pres?

Podeu marcar més d'una opció. Seleccioneu tots els que hàgiu pres.

- Complexos vitamínics (tipus Pharmaton, Multicentrum, Micebrina, Supradin...)
- Vitamina A Calci sol Zinc
- Vitamina B6 Calci amb vitamina D Glucosamina
- Vitamina B12 Àcid fòlic Coenzim Q10
- Complex de vitamina B Àcids grassos omega-3 Llavors de lli
- Vitamina C Ferro Extracte de Serenoa Repens
- Vitamina D sola Seleni All en càpsules o comprimits
- Vitamina E

**H19 Us han fet algun cop alguna de les proves de cribratge següents?**

Sí No (*passeeu a la pregunta H20, pàgina actual*) NS/NC

Marqui si li han feta	Quants anys teníeu quan us la van fer per últim cop? (<i>edat</i>)	Quin va ser el resultat? (<i>si resultat va ser anormal, especifiqueu-lo</i>)	Anteriorment, hàviu tingut algun resultat anormal? (<i>si resultat va ser anormal, especifiqueu-lo</i>)
<input type="checkbox"/> Test de sang oculta en femtes	____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____
<input type="checkbox"/> Mamografia	____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____
<input type="checkbox"/> Citologia (frotis de Papanicolau)	____	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____

H 20 Us han fet alguna de les proves diagnòstiques següents?

Quants anys teníeu quan us la van fer per últim cop?

Sí No (*passeeu a la pregunta H21, pàgina actual*) NS/NC

En cas afirmatiu responeu l'edat per cada prova.

Marqui si li han feta	Quants anys teníeu quan us la van fer per últim cop? (<i>edat</i>)
<input type="checkbox"/> Colonoscòpia	____
<input type="checkbox"/> Espirometria	____
<input type="checkbox"/> Densitometria	____
<input type="checkbox"/> Biòpsia o punció	____
<input type="checkbox"/> Electrocardiograma	____

H21 Heu tingut sibilàncies o xiulets al pit en algun moment durant els darrers 12 mesos?

Sí No (*passeeu a la pregunta H24, pàgina actual*) NS/NC

H22 Us heu quedat absolutament sense respiració quan patíeu el soroll sibilant?

Sí No NS/NC

H23 Heu tingut sibilàncies o xiulets sense estar refredat?

Sí No NS/NC

H24 Us heu despertat amb sensació d'opressió al pit en algun moment durant els darrers 12 mesos?

Sí No NS/NC



H25 Us heu despertat per un atac de falta d'aire en algun moment durant els darrers 12 mesos?

Sí No NS/NC

H26 Us heu despertat per un atac de tos en algun moment durant els darrers 12 mesos?

Sí No NS/NC

H27 Heu tingut un atac d'asma durant els darrers 12 mesos?

Sí No NS/NC

H28 Esteu prenent alguna medicació (incloent-hi inhaladors, aerosols o comprimits) per a l'asma?

Sí No

H29 Teniu alguna al·lèrgia nasal incloent-hi la rinitis al·lèrgica?

Sí No NS/NC

SECCIÓ I

SALUT DE LES DONES

COPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

I1 Quants anys teníeu quan vau tenir la menstruació per primera vegada?

anys NS/NC

I2 Encara teniu la regla?

Sí No (*passeeu a la pregunta I4, pàgina actual*) NS/NC

I3 Quants dies de mitjana us dura el cicle menstrual?

Us demanem per la durada total del cicle o període, no del flux menstrual. El cicle menstrual és el període que va des del primer dia de la menstruació fins al dia anterior de l'inici de la menstruació següent (p.ex., 28 dies, marqueu entre 25-28 dies). (contesteu i passeeu a la pregunta I6, pàgina 21).

Menys de 20 De 25 a 28 De 33 a 36 Més de 40
 De 20 a 24 De 29 a 32 De 37 a 40 NS/NC

I4 Quants anys teníeu quan la vau tenir per última vegada?

anys NS/NC

I5 Quina en va ser la causa?

Menopausa natural Extirpació de l'úter o la matriu
 Extirpació dels 2 ovaris Tractament hormonal
 Extirpació de l'úter o la matriu i els ovaris Quimioteràpia
 Extirpació d'un ovari NS/NC



8è embaràs Quin any es va produir? [][][][][]

Com va concloure?

Nascut viu Nascut mort Avortament induït Avortament espontani Embaràs actual

Va ser un embaràs múltiple? Sí No

9è embaràs Quin any es va produir? [][][][][]

Com va concloure?

Nascut viu Nascut mort Avortament induït Avortament espontani Embaràs actual

Va ser un embaràs múltiple? Sí No

10è embaràs Quin any es va produir? [][][][][]

Com va concloure?

Nascut viu Nascut mort Avortament induït Avortament espontani Embaràs actual

Va ser un embaràs múltiple? Sí No

11è embaràs Quin any es va produir? [][][][][]

Com va concloure?

Nascut viu Nascut mort Avortament induït Avortament espontani Embaràs actual

Va ser un embaràs múltiple? Sí No

12è embaràs Quin any es va produir? [][][][][]

Com va concloure?

Nascut viu Nascut mort Avortament induït Avortament espontani Embaràs actual

Va ser un embaràs múltiple? Sí No

13è embaràs Quin any es va produir? [][][][][]

Com va concloure?

Nascut viu Nascut mort Avortament induït Avortament espontani Embaràs actual

Va ser un embaràs múltiple? Sí No

14è embaràs Quin any es va produir? [][][][][]

Com va concloure?

Nascut viu Nascut mort Avortament induït Avortament espontani Embaràs actual

Va ser un embaràs múltiple? Sí No

15è embaràs Quin any es va produir? [][][][][]

Com va concloure?

Nascut viu Nascut mort Avortament induït Avortament espontani Embaràs actual

Va ser un embaràs múltiple? Sí No

COPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA



18 Quants fills biològics teniu?

Incloueu-hi aquells que hagin mort.

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No he tingut fills NS/NC

19 Ara us demanem que ens respongueu les preguntes següents sobre els vostres fills:

Si us plau, indiqueu any de naixement, sexe, tipus de part, i si heu fet alletament matern i la durada del mateix.

	Quin any va néixer?	De quin sexe?	Com va ser el part?	Heu fet l'alletament matern? Durant quan de temps?
1r fill	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Per cesària	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ mesos
2n fill	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Per cesària	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ mesos
3r fill	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Per cesària	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ mesos
4rt fill	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Per cesària	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ mesos
5è fill	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Per cesària	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ mesos
6è fill	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Per cesària	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ mesos
7è fill	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Per cesària	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ mesos
8è fill	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Per cesària	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ mesos
9è fill	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Per cesària	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ mesos
10è fill	_____	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Per cesària	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, _____ mesos

110 Heu pres algun cop anticonceptius?

- Sí No (*passeeu a la pregunta 112, pàgina 24*) NS/NC



I11 A continuació us demanem que ens indiqueu el nom i el temps que heu pres cada anticonceptiu.

Per a ajudar amb el nom disposeu d'un llistat a la pàgina 33. Els DIU no són considerats medicaments anticonceptius excepte el DIU hormonal (Mirena) que és l'únic que apareix al llistat.

Com es deia l'anticonceptiu?	Quants anys teníeu quan en vau començar a prendre? (edat)		Quants anys teníeu quan en vau deixar de prendre? (edat)
	___	<input type="checkbox"/> Encara el prenc	___
	___	<input type="checkbox"/> Encara el prenc	___
	___	<input type="checkbox"/> Encara el prenc	___
	___	<input type="checkbox"/> Encara el prenc	___

I12 Heu seguit algun tractament hormonal diferent dels anticonceptius?

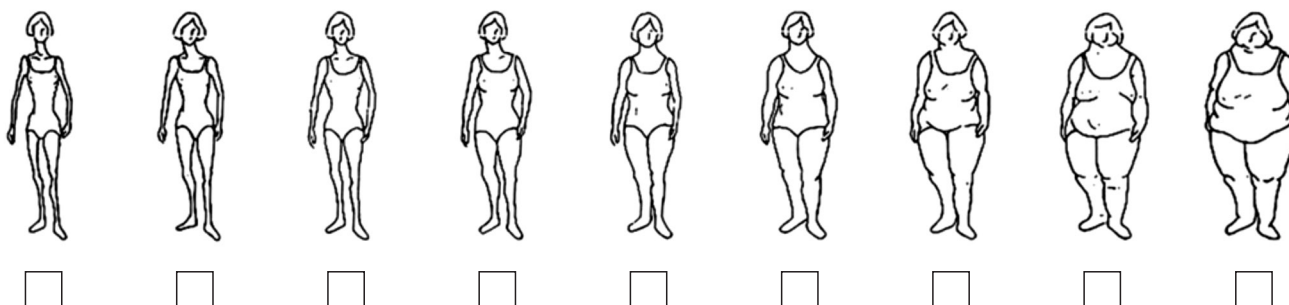
- Sí, per quedar-me embarassada No (*passeeu a pregunta I14, pàgina actual*)
 Sí, per a la menopausa NS/NC

I13 A continuació us demanem que ens indiqueu el nom i durant quant de temps heu fet cada tractament hormonal.

Per a ajudar amb el nom disposeu d'un llistat a la pàgina 33.

Com es deia el medicament hormonal?	Quants anys teníeu quan en vau començar a prendre? (edat)	Quants anys teníeu quan en vau deixar de prendre? (edat)
	___	___
	___	___
	___	___
	___	___

I14 A quina d'aquestes imatges us assembleu més actualment?



**SECCIÓ K****HISTÒRIA FAMILIAR DELS PARES****K****K1** Sou adoptada? Sí No NS/NC**K2** Teniu algun germà bessó o vau néixer en un part múltiple? Sí No NS/NC**K3** El vostre pare biològic és viu? Sí No NS/NC**K4** Quants anys té el seu pare biològic o quants anys tenia quan va morir? anys NS/NC**K5** Al seu pare biològic li han diagnosticat alguna de les malalties següents? Sí No NS/NC

En cas afirmatiu responeu les qüestions per a cada malaltia diagnosticada.

Quants anys tenia quan li van diagnosticar per primera vegada? *(indiqueu l'edat aproximada)*

 Càncer (1r) anys On estava localitzat? Càncer (2n) anys On estava localitzat? Càncer (3r) anys On estava localitzat? Diabetis anys Hipertensió arterial anys Hipercolesterolèmia o triglicèrids anys Ictus, vessament cerebral anys Infart de miocardi, atac de cor anys Angina de pit anys Infecció per *Helicobacter pylori* anys Malaltia de Crohn anys Colitis ulcerosa anys Pòlips al colon o al recte anys Hepatitis crònica anys Al·lèrgia anys



Rinitis anys

Èczema anys

Psoriasi anys

Artritis anys

Lupus anys

Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) anys

Asma anys

Osteoporosi anys

Depressió major anys

Migranya anys

Esquizofrènia anys

Alzheimer, demència anys

Parkinson anys

Malaltia genètica hereditària anys Quina?

K6 La seva mare biològica és viva?

Sí No

K7 Quants anys té la seva mare biològica o quants anys tenia quan va morir?

anys NS/NC

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

**K8 A la seva mare biològica li han diagnosticat alguna de les malalties següents?**

Sí No (*passeeu a secció L, pàgina 28*) NS/NC

En cas afirmatiu responeu les qüestions per a cada malaltia diagnosticada.

Quants anys tenia quan li van diagnosticar per primera vegada? (*indiqueu l'edat aproximada*)

Càncer (1r) anys On estava localitzat?

Càncer (2n) anys On estava localitzat?

Càncer (3r) anys On estava localitzat?

Diabetis anys

Hipertensió arterial anys

Hipercolesterolèmia o triglicèrids anys

Ictus, vessament cerebral anys

Infart de miocardi, atac de cor anys

Angina de pit anys

Infecció per *Helicobacter pylori* anys

Malaltia de Crohn anys

Colitis ulcerosa anys

Pòlips al colon o al recte anys

Hepatitis crònica anys

Al·lèrgia anys

Rinitis anys

Èczema anys

Psoriasi anys

Artritis anys

Lupus anys

Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) anys

Asma anys

Osteoporosi anys

Depressió major anys

Migranya anys

Esquizofrènia anys

Alzheimer, demència anys

Parkinson anys

Malaltia genètica hereditària anys Quina?



SECCIÓ L

HISTÒRIA FAMILIAR DELS GERMANS



L1 Quants germans biològics teniu?

Inclou-hi els germans que hagin mort i aquells amb qui només compartiu un progenitor.

- No tinc germans (*passeeu a secció M, pàgina 29*)
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 NS/NC

L2 Quin sexe té cada un?

Identifiqueu el vostres germans/germanes per ordre d'edat

Ordre (1er)	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ordre (2n)	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ordre (3er)	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ordre (4rt)	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ordre (5è)	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ordre (6è)	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ordre (7è)	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ordre (8è)	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ordre (9è)	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> NS/NC
Ordre (10è)	<input type="checkbox"/> Home	<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> NS/NC

L3 A algun dels seus germans li han diagnosticat alguna de les malalties següents?

Si us plau, en cas afirmatiu indiqueu les malalties diagnosticades a algun dels vostres germans.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Càncer | <input type="checkbox"/> Malaltia de Crohn | <input type="checkbox"/> Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) |
| <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Hipertensió arterial | <input type="checkbox"/> Pòlips al colon o al recte | <input type="checkbox"/> Osteoporosi |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolèmia o triglicèrids | <input type="checkbox"/> Hepatitis crònica | <input type="checkbox"/> Depressió Major |
| <input type="checkbox"/> Ictus, vessament cerebral | <input type="checkbox"/> Al·lèrgia | <input type="checkbox"/> Migranya |
| <input type="checkbox"/> Infart de miocardi, atac de cor | <input type="checkbox"/> Rinitis | <input type="checkbox"/> Esquizofrènia |
| <input type="checkbox"/> Angina de pit | <input type="checkbox"/> Èczema | <input type="checkbox"/> Alzheimer, demència |
| <input type="checkbox"/> Infecció per <i>Helicobacter pylori</i> | <input type="checkbox"/> Psoriasi | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> No els han diagnosticat cap d'aquestes malalties (<i>passeeu a secció M, pàgina 29</i>) | <input type="checkbox"/> Artritis | |
| <input type="checkbox"/> NS/NC | <input type="checkbox"/> Lupus | |



L4 En cas que la pregunta anterior sigui afirmativa, responeu per cada germà les preguntes següents:

Si us plau, assenyalau per cada germà la malaltia diagnosticada. Indiqueu només una resposta per línia.

Identifiqueu el vostre germà/germana (per ex. 1r germà/germana)	Malaltia	Quants anys tenia quan la hi van diagnosticar per primera vegada?	En cas d'haver-li diagnosticat càncer, on estava localitzat?
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

SECCIÓ M

HISTÒRIA FAMILIAR DELS FILLS

M

M1 A algun dels vostres fills li han diagnosticat alguna de les malalties següents?

Si us plau, en cas afirmatiu, indiqueu de quines malalties de la llista han estat diagnosticats els vostres fills.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Càncer | <input type="checkbox"/> Malaltia de Crohn | <input type="checkbox"/> Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) |
| <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Hipertensió arterial | <input type="checkbox"/> Pòlips al colon o al recte | <input type="checkbox"/> Osteoporosi |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolèmia o triglicèrids | <input type="checkbox"/> Hepatitis crònica | <input type="checkbox"/> Depressió Major |
| <input type="checkbox"/> Ictus, vessament cerebral | <input type="checkbox"/> Al·lèrgia | <input type="checkbox"/> Migranya |
| <input type="checkbox"/> Infart de miocardi, atac de cor | <input type="checkbox"/> Rinitis | <input type="checkbox"/> Esquizofrènia |
| <input type="checkbox"/> Angina de pit | <input type="checkbox"/> Èczema | <input type="checkbox"/> Alzheimer, demència |
| <input type="checkbox"/> Infecció per <i>Helicobacter pylori</i> | <input type="checkbox"/> Psoriasi | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> No els han diagnosticat cap d'aquestes malalties | <input type="checkbox"/> Artritis | |
| <input type="checkbox"/> NS/NC | <input type="checkbox"/> Lupus | |



M2 En cas que la pregunta anterior sigui afirmativa, responeu per cada fill les preguntes següents:

Si us plau, assenyaleu per cada fill cada malaltia diagnosticada. Indiqueu una resposta per línia.

Identifiqueu el vostre fill/filla (per ex. 1r fill/filla)	Malaltia	Quants anys tenia quan la hi van diagnosticar per primera vegada?	En cas d'haver-li diagnosticat càncer, on estava localitzat?
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	
		□ □ □	

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

**LLISTAT MEDICAMENTS AINES****A**

A.A.S.
 AB-FE-Camps
 Acabel
 Aceclofenaco
 Acenam
 Aclocen
 Acoxxel
 Actron Compuesto
 Acyflox
 Adolquir
 Advil
 Airtal
 Alafen
 Aleve
 Alginasin
 Algidrin
 Algifast
 Aliviodol
 Aliviomas
 Aliviosin
 Alogesia
 Anartril
 Andur
 Antalgin
 Apirofeno
 Aracenac
 Arafisio
 Arcoxia
 Artilog
 Artrinovo
 Artrizan
 Artrotec
 Aspirina c
 Aspirina plus
 Aspirina
 Atriscal

B

Bosporon
 Brotazona
 Brufen
 Buscafem
 Butazolidina

C

Cafiaspirina
 Calmante Vitaminado
 Perez Gimenez
 Cartisorb
 Celebrex
 Celecoxib
 Cerebrino Mandri
 Codalgina
 Coderol
 Condrodin
 Condrosan
 Condrosulf

D

Dadosel
 Dalfen
 Dalsy
 Dekamega
 Denaxpren
 Dericat
 Dersindol
 Dexketoprofeno
 Diacereina
 Diclofenaco
 Diltix
 Di-Retard
 Disipal
 Doctril
 Dolencar
 Dolenio
 Dolofarma

Dolorac
 Dolotren
 Dolo-Voltaren
 Doltra
 Dolviran
 Dynastat

E

Ediluna
 Enantyum
 Escarmine
 Espididol
 Espidifen
 Eudorlin
 Evasprin
 Extraplus
 Exxiv

F

Falcol
 Fastum
 Febrirol
 Feldene
 Femaprin
 Fenomas
 Fenospin
 Fidolcat
 Fiedosin
 Flogoter
 Froben

G

Galaxdar
 Gelofeno
 Gerbin
 Glizolan
 Glucosamida
 Glufan
 Gluniro
 Guaxan

H

Hespercorbin

I

Ibenon
 Ibufarmalid
 Ibufen
 Ibulaf
 Ibumac
 Ibuprofeno
 Ibuprox
 Inacid
 Indonilo
 Isdol

J

Junifen
 Junipro

K

Kalma
 Keithon
 Kettesse
 Ketoprofeno
 Ketorolaco

L

Levedol
 Liberalgium
 Liderfeme
 Luase
 Lundiran

M

Mascartil
 Mejoral Cafeina
 Meloxicam
 Momen
 Movalis

COPIA DE CONSULTA
 COPIA DE CONSULTA



N

Naprosyn
Naproxeno
Narfen
Neobrufen
Neocibalena
Neurogobens
Niflactol
Nixyn
Nodolfen
Normodol
Normulen
Norvectan
Nureflex
Nurofen

O

Oberdol
Obifax
Okaldol con Cafeina
Okaldol
Oldan
Orudis

P

Paidofebril
Parocin
Pirexin
Piroxicam
Poindol
Prexige

Q

Quiralam

R

Ratiodol
Reinart
Relif
Reutenox
Rhonal

S

Saetil
Salvarina
Sedergine c
Sedergine
Seractil
Sinsumin
Solufena
Stellige
Stredol
Strefen

T

Tejuntivo
Todalgil
Toradol

U

Unodol
Uticox

V

Vimovo
Vitaxicam
Voltagial
Voltaren

X

Xicil

CÒPIA DE CONSULTA
CÒPIA DE CONSULTA



LLISTAT DE MEDICAMENTS DE DONES

A	C	Drosetil Diario	Evraparche
Acetato de	Cerazet	Drosiane	Transdermico
Ciproterona/ Etinilestradiol	Cexel	Drosiane Diario	Extracto De Cimifuga
Activelle	Cimidona	Drosianelle	Alacan
Aerodiol	Circlet	Drosianelle Diario	Extracto De Glycine
Ailyn	Cleodette	Drosipil	Max
Ailyn Diario	Cleodette Diario	Drosure	Extracto De Vitex
Alcis	Cleosensa	Drosure Diario	Agnus-Castur Ceninter
Androcur	Cleosensa Diario	Drosurelle	F
Angeliq	Climafar	Drosurelle Diario	Famylette
Angiletta	Climen	Duofemme	Feanolla
Antin	Climodien	E	Fitogyn
Antin Diario	Clomifen	Edelsin	Fitogyn Forte
Antinelle	Colpotrofin	Ellaone	Fitoladius
Antinelle Diario	Combifem	Eloine	Fitoladius
Aquicimix	Conbriza	Elonva	Flavinia
Aquiflav	Conestron	Elynor	Flavodrei
Aranka	Crema Contraceptiva	Equilgyn	Flavosoya
Arankelle	Lanzas	Equin 0,6	Flavosul
Arankelle Diario	Cyprinette Diario	Esprasone	Flojalaf
Atosiban Normon	D	Estalis	Fluxilan
Atosiban Panluetol	Danatrol	Estalis Sequidot	Fostipur
Azalia	Danielle	Estraderm Matrix	Fostipur Kit
B	Daylette	Estradiol Servier	G
Balianca	Debunica	Estradot	Gelistrol
Balianca Diario	Dermestril	Estralevo	Gestinyl
Belara	Dermestril Septem	Estrapatch	Ginecim
Belara Diario	Desogestrel	Etinilestradiol/ Ciproterona	Ginevix
Bemasive	Desogestrel/ Etinielestradiol	Etinilestradiol/ Clormadinona	Glycine Max Devon
Benidette	Desopop	Etinilestradiol/ Drospirenona	Gonal-F
Benifema	Devogin	Etinilestradiol/ Drospirenona Diario	Gracial
Blissel	Dialider	Etinilestradiol/ Gestodeno	Grystella
Boltin	Diane 35	Eviana	Gyneplen
Bravelle	Diane 35 Diario	Evista	Gynovin
	Dismegyn	Evopad 75	H
	Donabel	Evopad Conti	Harmonet
	Draz	Evopad Sequi	Hidrocloruro de
	Drelle		Raloxifeno
	Dretine		HMG-Lepori
	Dretinelle		

**I**

Implanon NXTimplante
Iradier
Isoflavonas De Soja
Isorose

J

Jadelle Implante
Juliperla

K

Keriette
Keriette Diario
Kerizet
Klimadynon

L

Levobel
Levobel Diario
Levonorgestrel/
Etinilestradiol
Levonorgestrel/
Etinilestradiol Diario
Lifemin
Linelle
Liofora
Liofora Diario
Loette
Loette Diario
Lueva
Luveris

M

Malena
Meliane
Meliane Diario
Melodene
Melteva
Menoclim
Menopasol
Menopur

Meriestra
Merigest
Merigest Sequi
Mestrodol
Mevaren
Microdiol
Microgynon
Mifegyne
Minesse
Minulet
Mirena

N

Nacha Espuma
Nacha Óvulo
Nacrez
Nemestran
Neogynona

Norlevo
Normosoy
Normovagil
Novafem
Novial
Novial Periodico
Nuvaring

O

Oestraclin
Omifin
Optruma
Osarlaf
Ovestinon
Ovitrelle
Ovoplex

P

Palandra
Pergoveris
Perifem
Phyto Soya
Phyto Soya Forte
Pleginer

Postinor
Premedol
Progyluton
Progynova
Puregon

Q

Qlaira

R

Raloserin
Raloxifeno
Ratiofemin
Regulon
Remifemin
Rigevidon

S

Sibilla
Sobeyan
Sofiperla
Soyred
Suavuret

T

Tevalet
Teyda
Tibolona
Tractocile
Triagynon
Triciclor
Trigynovin
Tri-Minulet
Trisequens
Tyarena

V

Vagifem
Varianta
Vikela
Vitelaf

Y

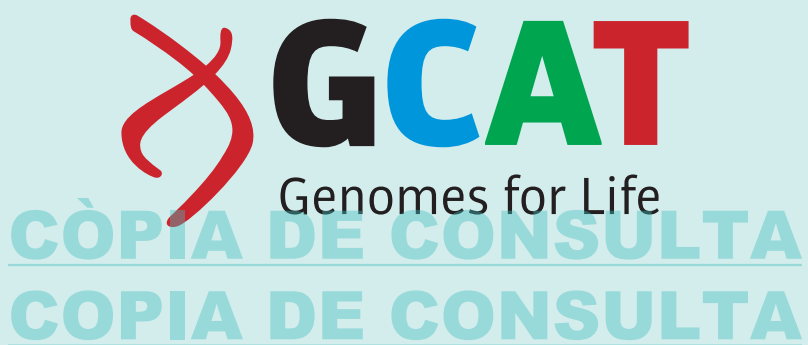
Yasmin
Yasmin Diario
Yasminelle
Yasminelle Diario
Yaz
Yira
Ymea

Z

Zoely

CÒPIA DE CONSULTA
CÒPIA DE CONSULTA

Gràcies per formar part del projecte





SECCIÓ RESERVADA PEL PERSONAL ENTREVISTADOR

DADES DEL PARTICIPANT, CONSENTIMENT, MOSTRES, MESURES I CONCLUSIÓ

DADES PARTICIPANT

1 Dia / / Hora :

2 Centre _____

3 Data de naixement Dia Mes Any

4 Sexe Home Dona

5 Codi Postal

6 ID Participant

CONSENTIMENT

1 El participant ha llegit i signat el consentiment informat?

Sí No (*final*)

2 Desitja el participant ser informat sobre els resultats de la investigació?

Sí No NS/NC

3 Expressa el participant alguna excepció envers la investigació?

Sí No (*final*)

4 Indiqueu quines són les excepcions

No vol que les seves dades es facin servir per a recerca en races/ètnies

No vol que les seves dades es facin servir per a recerca sobre qüestions de gènere

No vol que les seves dades es facin servir per a recerca en animals

Altres: _____

EXTRACCIÓ DE MOSTRA

1 Seleccioneu el tipus de participant

Donant de bossa de sang No donant de bossa de sang (afèresis, exclusiu GCAT i altres)

**2 Seleccioneu les mostres extretes**

EDTA ACD PST SST Bossa de donació

INCIDÈNCIES DE MOSTRES**A. INCIDÈNCIES DURANT L'EXTRACCIÓ****A1 Durant l' extracció de les mostres hi ha hagut alguna incidència?**

Sí No *(passeu a la secció B, pàgina actual)*

A2 Marqueu el tub on hi ha hagut alguna incidència

Podeu marcar més d'1 opció

Descripció de la incidència	
<input type="checkbox"/> EDTA	
<input type="checkbox"/> PST	
<input type="checkbox"/> SST	
<input type="checkbox"/> ACD	
<input type="checkbox"/> Bossa de donació	

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

B. INCIDÈNCIES DURANT EL PRE-PROCESSAMENT**B1 Durant el pre-processament de les mostres hi ha hagut alguna incidència?**

Sí No *(final)*

B2 Marqueu el tub on hi ha hagut alguna incidència

Podeu marcar més d'1 opció.

EDTA ACD PST SST Bossa de donació

EDTA**B3 Incidències EDTA**

TA 35°C a 38°C 2°C a 10°C Desconegut Altres _____

PST**B4 En quin moment hi ha hagut la incidència?**

Podeu marcar més d'1 opció.

Pre-centrifugació Centrifugació



B5 Incidències pre-centrifugació PST

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TA, <2h | <input type="checkbox"/> TA, 4-8 h | <input type="checkbox"/> TA, 12-24h | <input type="checkbox"/> TA, >48 h |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, <2 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 4-8 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 12-24 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, >48 h |
| <input type="checkbox"/> TA, 2-4h | <input type="checkbox"/> TA, 8-12h | <input type="checkbox"/> TA, 24-48h | <input type="checkbox"/> 35°C a 38°C, <2 h |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 2-4 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 8-12 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 24-48 h | <input type="checkbox"/> Desconegut |
| <input type="checkbox"/> Altres _____ | | | |

B6 Incidències centrifugació PST

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, <3,000 g sense fre | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, 6,000-10,000 g amb fre |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, <3,000 g amb fre | <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, >10,000 g amb fre |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, <3,000 g sense fre | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, >10,000 g amb fre |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, <3,000 g amb fre | <input type="checkbox"/> TA 30min, <1000 g sense fre |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, 3,000-6,000 g amb fre | <input type="checkbox"/> No centrifugació |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, 3,000-6,000 g amb fre | <input type="checkbox"/> Desconegut |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, 6,000-10,000 g amb fre | <input type="checkbox"/> Altres _____ |

SST

B7 En quin moment hi ha hagut la incidència?

Podeu marcar més d'1 opció.

- Pre-centrifugació Centrifugació

B8 Incidències pre-centrifugació SST

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> TA, <2 h | <input type="checkbox"/> TA, 4-8 h | <input type="checkbox"/> TA, 12-24 h | <input type="checkbox"/> TA, >48 h |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, <2h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 4-8 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 12-24 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, >48 h |
| <input type="checkbox"/> TA, 2-4 h | <input type="checkbox"/> TA, 8-12 h | <input type="checkbox"/> TA, 24-48 h | <input type="checkbox"/> 35°C a 38°C, <2 h |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 2-4 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 8-12 h | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C, 24-48 h | <input type="checkbox"/> Desconegut |
| <input type="checkbox"/> Altres _____ | | | |

B9 Incidències centrifugació SST

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, <3,000 g sense fre | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, 6,000-10,000 g amb fre |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, <3,000 g amb fre | <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, >10,000 g amb fre |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, <3,000 g sense fre | <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, >10,000 g amb fre |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, <3,000 g amb fre | <input type="checkbox"/> TA 30min, <1000 g sense fre |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, 3,000-6,000 g amb fre | <input type="checkbox"/> No centrifugació |
| <input type="checkbox"/> 2°C a 10°C 10-15 min, 3,000-6,000 g amb fre | <input type="checkbox"/> Desconegut |
| <input type="checkbox"/> TA 10-15 min, 6,000-10,000 g amb fre | <input type="checkbox"/> Altres _____ |

**ACD****B10** Incidències ACD

TA 35°C a 38°C 2°C a 10°C Desconegut Altres _____

Bossa de sang**B11** Incidències bossa de sang

TA 35°C a 38°C 2°C a 10°C Desconegut Altres _____

MESURES ANTROPOMÈTRIQUES**Tensió Arterial i pulsacions**

Prendre 3 mesures independents, espaiades per temps d'1 minut.

	Mesura 1	Mesura 2	Mesura 3
Tensió Arterial Sistòlica	□□□□	□□□□	□□□□
Tensió Arterial Diastòlica	□□□□	□□□□	□□□□
Pulsacions	□□□□	□□□□	□□□□

Pes i alçada

Prendre 2 mesures independents. Repetir una tercera si la diferència és superior a 1 Kg o 1 cm. Anotar només les dues mesures correctes.

	Mesura 1	Mesura 2
Pes	□□□□	□□□□
Alçada	□□□□	□□□□

Cintura i maluc

Prendre 2 mesures independents. Repetir una tercera si la diferència és superior a 1 cm. Anotar només les dues mesures correctes.

	Mesura 1	Mesura 2
Cintura	□□□□	□□□□
Maluc	□□□□	□□□□

CONCLUSIÓ**El participant ha completat les següents etapes:**

- Consentiment Extracció de mostres
 Mesures antropomètriques Qüestionari epidemiològic



COMENTARI ENTREVISTADORS BST

Si us plau indiqueu-nos qualsevol comentari que vulgueu remarcar de l'entrevista.

CÒPIA DE CONSULTA
COPIA DE CONSULTA

Per a més informació:



Banc de Sang i Teixits
Passeig Taulat, 106-116
08005 Barcelona
T (+34) 93 557 35 00
atencioaldonant@bst.cat
bancsang.net/gcat

GCAT Project

*IMPPC Building
Can Ruti Campus
Institut de Medicina Predictiva
i Personalitzada del Càncer (IMPPC)
Ctra. de Can Ruti, Camí de les Escoles, s/n
08916 Badalona
T (+34) 93 554 30 50
gcatbiobank@imppc.org
gcatbiobank.org*