

NOSQ-2002/LONG in Catalan – Malalties cutànees de origen professional

Qüestionari basat en el:

NOSQ-2002 NORDIC OCCUPATIONAL SKIN QUESTIONNAIRE

VERSIÓ LLARGA

L'objectiu d'aquesta enquesta és la detecció de problemes cutanis relacionats o no amb el treball.

Respondre les preguntes és voluntari.

L'interès d'aquesta enquesta és exclusivament científic i les dades que d'ella derivin seran tractades amb confidencialitat segons la llei de protecció de dades.

Contesti totes les preguntes que són dins d'un requadre. Si la resposta és "no" es dirigeixi al següent requadre.

Marqui amb una creu X la resposta que més s'aproximi a la situació i segueixi les instruccions del qüestionari.

Si existeix algun tipus d'indicació com "desplaci's cap a la pregunta ..." ha d'anar directament a la pregunta indicada.

No faci cas als números de les casselles.

N^o de cuestionari: _____**G1. Lloc de treball:**

- oficina 3
- taller 4
- fàbrica 5
- restaurant 6
- hospital 7
- obra 8
- DOMICILIS aliens 9
- Altres. **Quin?** _____ 10

Departament o Servei: _____**G2. Vostè és**

- Un home 1
- Una dona 2

G3. Any de naixement: 19_____**G4. Es vostè actualment ...? (categoria professional) (només una resposta)**

- empleat 3
- autònom 4
- treballa a casa 5 *(saltar a la pregunta A1, pàgina 4)*
- aturat 6
- estudiant 7 *(saltar a la pregunta A1, pàgina 4)*
- en període de pràctiques 8
- de baixa maternal/paternal 9
- jubilat 10 *(saltar a la pregunta A1, pàgina 4)*
- contracte temporal (ETT) 11
- altres, **quin?** _____ 12

G5. Quina és la seva ocupació actual? _____**Des de quan?** _____ (any)

G6. Quina és la seva principal activitat en el treball?

Des de quan? _____ (*any*)

G7. Quantes hores per setmana treballa vostè en la seva activitat principal (en promig)?

menys de 20 hores/setmana 3

21-30 hores/ setmana 4

31-40 hores/ setmana 5

més de 40 hores/setmana 6

G8. Realitza vostè cap altre feina habitualment?

No 1

Sí 2 **Quin tipus de feina?** _____

Quantes hores per setmana (de promig)? _____ (*hores/setmana*)

A1. Ha patit mai erupcions o taques vermelles a la pell que piquin, de una manera repetida durant al menys 6 mesos i que s'hagin localitzat als plecs de la pell. Per plecs s'enten: (part posterior dels genolls, part anterior dels canells, plecs de les natges, al voltant del coll, orelles i parpelles)

No 1

Sí 2

No ho sé 0

A2. Ha patit mai rinitis al·lèrgica (febre d'heno) o d'altres símptomes relacionats amb la al·lèrgia del nas (per exemple picor de nas, esternuts freqüents? (per polen o per animals o altres)

No 1

Sí 2

No lo sé 0

A3. Ha tingut mai simptomatologia relacionada amb l' al·lèrgia dels ulls: picor als ulls, llagrimaig, envermelliment...? (per polen o per animals o altres)

No 1

Sí 2

No lo sé 0

A4. Ha patit mai d'asma? (com a símptomes d'asma s'entenen tos, xiulets al pit i ofec)

No lo sé 0

No 1

Sí 2 **L'ha diagnosticat algun metge?**

No 1

Sí 2 **Quan? _____ (any)**

D1. Ha presentat mai eccema a les mans (per eccema s'entén taques vermelles, vesícules, butllofes, esquerdes o fissures que piquen o que fan mal)?

No 1

Sí 2

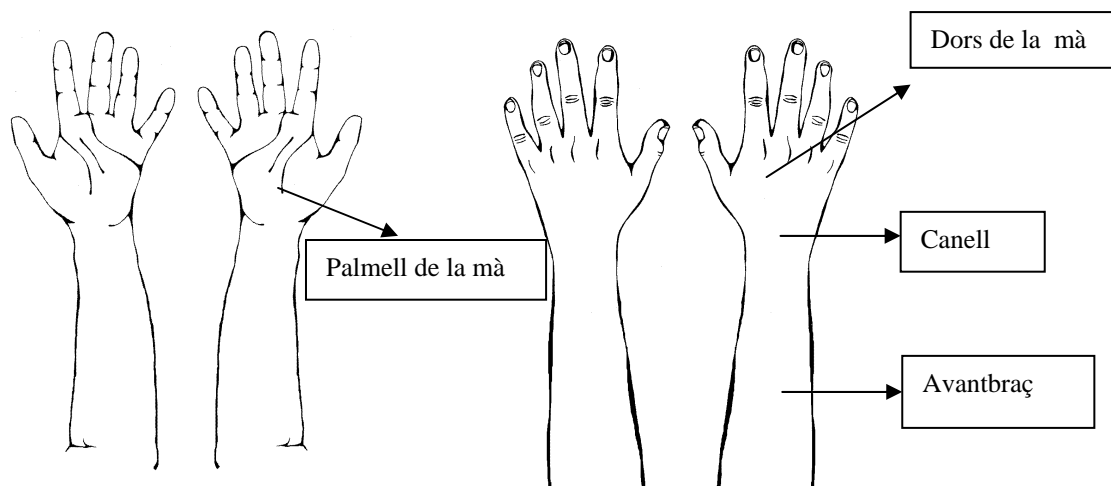
D2. Ha presentat mai eccema als canells o avantbraços? (queda exclosa la part anterior del colze)

No 1

Sí 2

Si ha contestat “no” vagi de la pregunta D1 a la pregunta U1, pàgina 12

D3. Pinti en el dibuix i contesti quines zones de les mans i dels avantbraços és on apareix habitualment el seu eccema. (una o més d'una àrea)



Dits 2

Espais entre els dits 2

Dors de la mà 2

Palmell de la mà 2

Canells 2

Avantbraços 2

D4. Amb quina freqüència ha patit eccema a les mans, canells o avantbraços? (Marqui, si escau, una resposta per cada columna)

	Eccema de mà	Eccema de canell/ avantbraç
Només un cop i durant menys de dues setmanes	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Només un cop però durant dos setmanes o <u>més</u>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Més de un cop	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
(quasi) Sempre	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

D5. Quan va ser la última vegada que va patir eccema a les mans, canells o avantbraços? (Marqui, si escau, una resposta per cada columna)

	Eccema de mà avantbraç	Eccema de canell/ avantbraç
Ho tinc en aquests moments	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
No ara, però sí en els últims 3 mesos	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Fa de 3 i 12 mesos	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Fa més de 12 mesos	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
En quin any va ser la última vegada? (faci la millor aproximació)	_____ (any)	_____ (any)

D6. Quan va patir per primera vegada eccema a les mans, canells o avantbraços? (una resposta per columna si procedeix)

	Eccema de mà avantbraç	Eccema de canell/ avantbraç
Menys de 6 anys d'edat	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Entre els 6 i 14 anys d'edat	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Entre els 15 i els 18 anys d'edat	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Més de 18 anys d'edat	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
A quina edat va començar? (Faci la seva millor estimació)	_____ (anys)	_____ (anys)

Si l'eccema de mans i avantbraços es va iniciar abans dels 18 anys passi a la pregunta D10, pàgina 7

	Eccema de mans	Eccema de canell/ avantbraços
D7. Quina pensa vostè que va ser la <u>causa</u> d'aquest eccema de mans, de canells o de avantbraços, quan va començar per primer cop?	Causa	Causa
	_____	_____
No ho sé	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

D8. Quin era el seu treball quan va començar l'eczema? (treball)

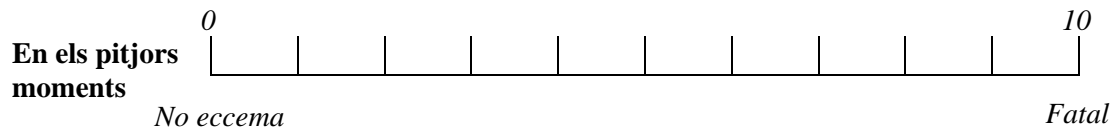
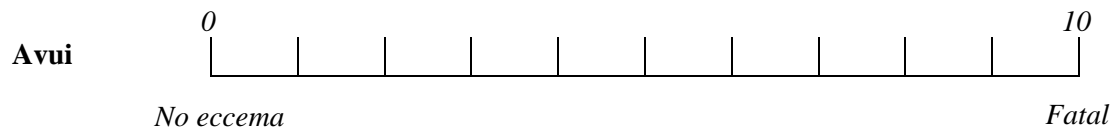
D9. Quina era la seva principal activitat en el treball quan va començar l'eczema? (activitat)

D10. Sent adult, ha anat a cap metge per consultar sobre el problema d'eczema de mans, canells o avantbraços?

	Eccema de mans	Eccema de canell/ avantbraços
No	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sí	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Quan va ser la última vegada? (Faci la seva millor valoració)	_____ (any)	_____ (any)

D11. En quina estació de l'any ha tingut més problemes amb l'eczema de mans, canell/avantbraços?
(Marqui, si escau, una resposta per cada columna)

	Eccema de mans	Eccema de canell/ avantbraços
No hi ha diferències estacionals	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Hivern	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Primavera	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Estiu	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Tardor	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

D12. Com qualificaria la gravetat del seu eccema en una escala de 0-10?*(Posi una marca sobre la línia, en la zona que correspongui a la gravetat de l'eccema)***F1. Ha observat vostè que el contacte amb determinats materials, substàncies químiques o qualsevol altre cosa en el seu treball empitjori l'eccema?***(una resposta en cada columna si escau)*

	Eccema de mans	Eccema de canell/ avantbraços
No, no m'empitjora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sí, si m'empitjora	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Quin material?	_____	_____
No ho sé	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

F2. Ha observat si el contacte amb determinats materials, substàncies químiques o qualsevol altre cosa fora del seu treball empitjora l'ecceema?

(una resposta en cada columna si escau)

	Eccema de mans	Eccema de canell/ avantbraços
No, gens m'empitjora	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sí, empitjoro	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
No ho sé	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

Si vostè ha contestat "sí" en algun dels casos passi a la pregunta F3, en cas contrari passi a la pregunta F4 de la pàgina 10.

F3. Fora del seu lloc de treball, què considera que empitjora més el seu ecceema?

(Marqui com a màxim 5 caselles en cada columna)

	Eccema de mans	Eccema de canell/ avantbraços
Sabó, sabó líquid, xampú i altres productes de higiene personal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Detergents i altres productes de neteja i bugaderia	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Tocar el menjar, aliments	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Treballar amb les mans humides	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Rentat freqüent de les mans	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
L'ús de guants protectors	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Manteniment de maquinària (ex. cotxes), Tocar olis	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Construcció, pintura, empaperar, reformes i decoració	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Jardineria, sorra, plantes, llavos, vegetals, fruites, fruites silvestres etc.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Infeccions (encostipat, grip, febre)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Estat d'ànim, situació estrès.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Menstruació o factors hormonals	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Altres, quin? _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

F4. El seu eccema millora quan vostè no està treballant, per exemple durant els caps de setmana o els períodes de vacances? (una resposta en cada columna si escau)

	Eccema de mans	Eccema de canell/ avantbraços
No	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Sí, a vegades	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Sí, habitualment	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
No ho sé	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

C1. L'eccema de les mans, canells, avantbraços ha afectat d'alguna manera, a les seves tasques diàries de feina? (marqui totes les que siguin certes)

- No m'ha afectat en res** 1
- A causa del meu eccema**
- ... Haig d'utilitzar guants de protecció 2
- ... Les meves tasques laborals han canviat 2
- ... He canviat de lloc de treball 2
- ... He tingut dificultats per a trobar una feina 2
- ... Els meus companys o caps de feina tenen una actitud de rebuig cap a mi 2
- ... El meu rendiment ha disminuït 2
- ... He hagut d'agafar la baixa 2
- Durant quan de temps ha estat de baixa per causa de l'eccema durant els últims 12 mesos? _____**
- ... He perdut el treball 2
- ... Me he jubilat 2
- Altres conseqüències, quines? _____ 2

C2. Com ha afectat el seu eccema la seva vida quotidiana en els últims 12 mesos? (una resposta en cada línia)

	No afecta	Afecta poc	Afecta bastant	Afecte molt	No procedeix
Treball laboral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Treball de casa, activitat diària	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Esport i similar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Aficions i activitats	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Son	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Viatges i desplaçaments	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Vida social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Relacions personals	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Vida sexual	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
Estat d'ànim	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

C3. Ha influït negativament el seu eccema de mans en la seva situació econòmica? (pèrdua de dies de treball, pèrdua de la seva capacitat de treball, canvi de feina) (només una resposta)

- No he tingut efectes econòmics negatius per culpa dels eccema 0
- He tingut més despeses però no ha alterat la meua situació econòmica (efecte insignificant) 2
- He perdut diners 3
- He perdut molts diners 4

U1. Ha tingut mai taques que piquen a les mans, canells o avantbraços, que passen a ser faves (habons) i que desapareixen ràpidament (en hores) (urticària)

No 1 *(salta a la pregunta S1, pàgina 14)*

Sí 2 *(salta a la pregunta U2, d'aquesta pàgina)*

U2. S'han produït aquestes faves (habons, urticària) sobre les mans, canells o avantbraços per contacte amb fruites, vegetals, guants de goma, animals, etc.?

(habons apareguts en minuts rera el contacte)

No 1 *(salta a la pregunta S1, pàgina 14)*

Sí 2 després de tocar, **el qué?** _____

No ho sé 0 *(salta a la pregunta S1, pàgina 14)*

U3. Amb quina freqüència ha tingut les faves que piquen (habons, urticària) en mans, canells i avantbraços? (només una resposta)

Un cop 3

Entre 2 a 5 cops 4

Més de 5 cops 5

U4. Quan va tenir per última vegada les faves que piquen (urticària, habons) en les mans, canells o avantbraços? (només una resposta)

Durant el últims 7 dies 3

Entre 7 dies i 3 mesos enrera 4

Entre 3-12 mesos enrera 5

Més d'un any enrera 6

En quin any? _____ (any)
(aproximat)

U5. Quan va tenir per primera vegada aquestes feves que piquen (habones, urticària) en mans, canells i avantbraços? (només una resposta)

- Abans dels 6 anys d'edat 3
- Entre els 6 i els 14 anys d'edat 4
- Entre els 15 i els 18 anys d'edat 5
- Més de 18 anys d'edat 6

En quin any va començar a tindre faves? _____ (any)
(aproximació)

Si la urticària va començar abans dels 18 anys, vagi a la pregunta U8, pàgina 13, sino pasí a la pregunta U6

U6. Quina era la seva professió quan es van iniciar els símptomes de faves que piquen (habons, urticària)?

Professió _____

U7. Quina era la seva activitat principal en quan va començar a notar les faves que piquen (habons, urticària)?

Principal activitat _____


U8. Sent adult, ha consultat mai amb un metge per el problema de les faves que piquen (habons, urticària)?

No 1

Sí 2 **Quan va ser la última vegada? _____ (any)**
(estimació)

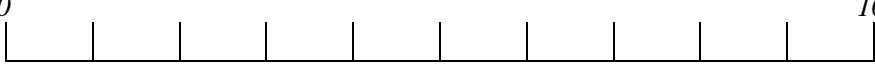
U9. Com qualifica la severitat de les seves faves (urticària) que piquen en una escala de 0-10? (posi una marca en la zona de la línia que correspongui)

Avui

0  10

No urticària Molta urticària

Pitjor moment

0  10

No urticària Molta urticària

S1. Ha tingut cap d'aquest símptomes a les seves mans, canells o avantbraços durant els últims 12 mesos? (marcar en la columna quan sigui aplicable)

	Mans	Avantbraços
No símptomes durant els últims 12 mesos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Envermelliment (eritema)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Pell seca, pell amb escates/ descamativa	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Fissures o esquerdes	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Crostes	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Petites butllofes (vesícules)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Granets (pàpules)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Faves (habons)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Picor	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Cremor o formigueig	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Aument de sensibilitat a la pell	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Dolor	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Altres símptomes, quins? _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

S2. Té erupcions o taques vermelles induïdes per botons, metall de bijuteria (ex: arracades) o altres objectes metàl·lics que es troven en contacte amb la seva pell? (diferent als anells)

- No 1
 Sí 2

S3. Té vostè la pell seca?

- No 1
 Sí 2

S4. Li pica la pell quan sua?

- No 1
 Sí 2

T1. El seu metge l'ha diagnosticat mai cap al·lèrgia?

- No 1 *(salta a la pregunta E1, pàgina 16)*
- Sí 2
- No ho sé 0 *(salta a la pregunta E1, pàgina 16)*

T2. Quina al·lèrgia se li ha diagnosticat?

Especifiqui les al·lèrgies i aproximi l'any

- 2 _____ Quan? _____ (any)
- 2 _____ Quan? _____ (any)
- 2 _____ Quan? _____ (any)
- 2 _____ Quan? _____ (any)
- 2 _____ Quan? _____ (any)
- 2 _____ Quan? _____ (any)
- 2 _____ Quan? _____ (any)
- 2 _____ Quan? _____ (any)
- 2 _____ Quan? _____ (any)
- 0 No lo sé

T3. Com se li va diagnosticar l'al·lèrgia? (marqui el que la que correspongui)

- Pegats a l'esquena que es retiren al cap d' uns dies (Epicutània) 2
- Gotes aplicades en l'avanbraç amb una punxada
Els resultats es llegeixen al cap de 15 a 30 minuts (Prick-test) 2
- Anàlisi de sang (ex. RAST) 2
- Altres, **quin?** _____ 2
- No ho sé 0

E1. Ha utilitzat mai guants a la seva feina?No, mai 1 *(pasi a la pregunta E5, pàgina 17)*Sí actualment 2 **quantes hores al dia de mitja els utilitza?** _____ (hores)Sí, però no actualment 3} **Salta E2****E2. Quin tipus de guants fa o ha fet servir en la seva feina?***(marqui la resposta que convingui en cada columna)*

	Actualment	Només abans
Cautxu natural / làtex	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Cautxu sintètic (ex. nitril, neoprè, etc.)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Plàstic (ex. vinil, PVC, polietilè)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Guants de cotó sota els guants de de cautxu o plàstic	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Pell	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Tela o roba	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Altres, quin tipus? _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
No ho sé	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

E3. Ha tingut símptomes a la pell com a resultat de l'ús dels guants protectors?No 1 *(salta a la pregunta E5, pàgina 17)*Sí 2 **quin tipus de guants** *(marqui la resposta aplicable)*

Cautxu natural/làtex	<input type="checkbox"/> 2
Goma sintètica	<input type="checkbox"/> 2
Plàstic	<input type="checkbox"/> 2
Pell	<input type="checkbox"/> 2
Altre, quin tipus? _____	<input type="checkbox"/> 2
Tot tipus de guant	<input type="checkbox"/> 2
No ho sé	<input type="checkbox"/> 2

E4. Ha canviat els guants o ha deixat de fer servir guants per presentar molèsties cutànies?No 1Sí 2 **Quan?** _____ (anys)

E5. Quines activitats fa i quins materials toca? (una o més respostes)

	Hores por dia (de mitja)		
	Menys de ½	½ de 2h	més de 2h
Treball humit o contacte reiterat amb l'aigua	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Manipular aliments, preparar el menjar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Plantes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Animals	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Agents Netejants	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dissolvents	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Olis, olis de tall, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Pintures, laques, recubriments etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Cola, adhesiu, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ciments, argila, agents pel sòl, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Pols (pols de fusta, de limadura, de paper)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Terra, deixalles, enderroc	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Altres			
Què? _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Cap dels nomenats dalt	<input type="checkbox"/> 1		

E6. Quantes hores al dia realitza activitats fora del seu lloc de treball? (marqui lo que convingui, faci una aproximació)

	Hores al dia (de mitja)			
	0	menos de ½h	½ a 2h	més de 2h
Preparar menjar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Neteja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Tenir cura de nens menors de 4 anys	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

E7. Amb quina freqüència realitza aquestes activitats fora del seu lloc de treball durant els últims 12 mesos? (marqui allò que convingui, faci una aproximació)

	Diari	1 cop per setmana	1 cop al mes	Menys de 1 cop mes	Només de tant en tant
Jardineria	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Reparació de cotxe i moto	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Bricolaje i reformes	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Reforma					
Altres activitats amb exposició a substàncies químiques					
Quines?					
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Esport. Quin?					
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Aficions, Quines?					
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

E8. Amb quina freqüència renta les seves mans durant un dia laboral típic? (ha d'incloure el número de vegades que es renta les mans a casa i en el seu treball)

0-5 cops al dia	<input type="checkbox"/> 3
6-10 cops al dia	<input type="checkbox"/> 4
11-20 cops al dia	<input type="checkbox"/> 5
més de 20 vegades al dia	<input type="checkbox"/> 6

H1. Com diria vostè que és la seva salut global en relació amb la de la gent de la seva edat? La seva salut és (*Només una resposta*)

Excel·lent 3

Molt bona 4

Bona 5

Regular 6

Dolenta 7

H2. Quantes persones viuen a casa seva incloent-se vostè? _____ *número de persones*

Quants nens menors de 4 anys hi ha? _____ *número de nens*