**ASMA Y ALERGIAS**

**(Las preguntas opcionales están marcadas en amarillo)**

|  |  |
| --- | --- |
| Ahora te preguntaremos por diversos síntomas respiratorios que puedes haber tenido o no durante los últimos 12 meses o en algún momento de tu vida. Algunas preguntas te resultarán muy parecidas a las anteriores, respóndelas igualmente y sin pensar demasiado. Si no sabes qué es uno de los síntomas, marca „no“ | |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido **pitos o silbidos en el pecho**? | ◻ Sí ◻ No |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido **ataques de pitos o silbidos** **en el pecho**? | ◻ Sí ◻ No 🡪 Saltar a la pregunta 3 |
| 2.a ¿Cuántos en los últimos 12 meses? | ◻ De 1 a 3  ◻ De 4 a 12  ◻ Más de 12 |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido **dificultades para respirar** (opresión en el pecho, falta de aliento)? | ◻ Sí ◻ No |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿te has **despertado debido a pitos en el pecho o dificultades para respirar**? | ◻ Sí ◻ No 🡪Saltar a la pregunta 5 |
| 4.a ¿Con qué frecuencia, en los últimos 12 meses? | ◻ Menos de una noche a la semana  ◻ Una o más noches a la semana |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna vez pitos en el pecho o dificultades para respirar tan importantes como para que **cada dos palabras hayas tenido que parar para respirar**? | ◻ Sí ◻ No |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has notado pitos o silbidos al respirar **durante/después de hacer ejercicio**? | ◻ Sí ◻ No |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido **tos seca durante la noche sin estar resfriado ni tener infección de pecho**? | ◻ Sí ◻ No |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tomado alguna **medicación para el asma o por dificultades respiratorias** (pitos/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar)? | ◻ Sí ◻ No 🡪 Saltar a la pregunta 9 |
| 8.a Indica qué medicación **para el asma o por dificultades respiratorias** has tomado separando si es con receta médica o no: | ◻ Con receta médica. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­  ◻ Sin receta médica. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 8.b Si has tomado corticoides orales (en pastillas), ¿los tomaste al menos durante 3 días seguidos? | ◻ Sí ◻ No |
| 1. ¿Con qué frecuencia **tuviste que llamar o ir al médico o al hospital urgentemente debido a dificultades respiratorias** (pitos/silbidos en el pecho, opresión en el pecho, dificultad para respirar) en los 12 últimos meses? (Si la respuesta es nunca, poner 0) | Número:\_\_\_\_ |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido habitualmente **el pecho cargado o has tenido tos con expectoración (mocos)** **cuando NO estabas resfriado**? | ◻ Sí ◻ No 🡪 Saltar a la pregunta 11 |
| 10.a ¿Has tenido el pecho cargado o has tenido tos con expectoración (mocos) **la mayoría de los días (4 o más días por semana) durante al menos 3 meses al año**? | ◻ Sí ◻ No |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has sido alguna vez **diagnosticado por un médico de asma**? | ◻ Sí ◻ No |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna vez **problemas de estornudos, nariz tapada o mocosa SIN estar resfriado ni con gripe**? | ◻ Sí ◻ No 🡪 Saltar a la pregunta 13 |
| 12.a ¿Cuáles de los siguientes síntomas has tenido SIN estar refriado ni con gripe? | Estornudos: ◻ Sí ◻ No  Nariz mocosa: ◻ Sí ◻ No  Nariz tapada: ◻ Sí ◻ No  Picor y lagrimeo en los ojos: ◻ Sí ◻ No |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has sido alguna vez **diagnosticado por un médico de tener rinitis alérgica** (rinitis debido al gato, polvo…) o **rinitis alérgica estacional** (rinitis al polen)? | ◻ Sí ◻ No |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tomado alguna **medicación para la rinitis alérgica**? | ◻ Sí ◻ No🡪 Saltar a la pregunta 15 |
| 14.a Indica qué medicación **para la rinitis alérgica** has tomado separando si es con receta médica o no | ◻ Con receta médica. Especificar:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ◻ Sin receta médica. Especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿Has tenido **problemas con la nariz o los ojos (SIN estar resfriado ni con gripe) relacionado con el contacto con alguna de las siguientes substancias**? Por favor marca todas las que correspondan: | ◻ Animales  ◻ Hierbas, árboles, flores  ◻ Polvo de la casa, ácaros  ◻ Humo de tabaco o olores fuertes  ◻ Contaminación del aire  ◻ Otros, especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ◻ No, ningún problema |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido la **piel seca**? | ◻ Sí ◻ No |
| 1. En los últimos 12 meses, ¿has tenido alguna **erupción con picor** en la piel en algún momento? | ◻ Sí ◻ No 🡪 Saltar a la pregunta 18 |
| 17.a ¿Con qué frecuencia, de promedio, has estado **despierto por la noche** por culpa de esta erupción con picor? | ◻ Nunca en los últimos 12 meses  ◻ Menos de una noche por semana  ◻ Una o más noches por semana |
| 17.b ¿Ha desaparecido esta erupción por completo en algún momento? | ◻ Sí ◻ No |
| 17.c ¿Ha afectado esta erupción con picor alguna vez alguno de los siguientes lugares? Por favor señala todas las localizaciones que correspondan | ◻ Los pliegues de los codos  ◻ Detrás de las rodillas  ◻ Delante de los tobillos  ◻ Debajo de las nalgas  ◻Alrededor del cuello, las orejas o la cara  ◻Otras partes del cuerpo. Especificar:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. ¿Has tenido alguna vez un **eczema en las manos** (lesiones con picor, ampollas, erupciones)? | ◻ Sí          ◻ No 🡪 Saltar a pregunta 19 |
| 18.a ¿A qué edad lo tuviste por primera vez? | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ años |
| 1. ¿Has tenido alguna vez eczema después de contacto con …?   (Por favor señala todas las sustancias que correspondan):  **ESTA PREGUNTA HACERLA CADA 2 SURVEYS (si se incluyó en la visita de los 14-16 años, no hace falta incluirla a los 18 años. Se incluiría en la siguiente visita)** | ◻ Objetos metálicos (como botones, hebilla, cremallera, cinturón, reloj, gafas (de sol), clips para el pelo, teléfono móvil, auriculares). ¿Cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ◻ Bisutería  ◻ Tinte para el pelo u otros colorantes  ◻ Tatuajes  ◻ Productos cosméticos, perfumes, fragancias, desodorantes  ◻ Champú, jabón o acondicionador  ◻ Ropa  ◻ Látex, goma/plásticos (guantes de goma/plástico, globos, preservativos)  ◻ Otros materiales, ¿cuáles? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ◻ No, con ningún material |
| 1. ¿Has sido diagnosticado alguna vez por un médico de **eczema, dermatitis atópica o neurodermatitis**? | ◻ Sí ◻No |