

# ESCA contínua – Onada 2

## Qüestionari general

### Població de 15 anys i més

Onada	2	Semestre 1 - 2011
Número de qüestionari		
Municipi		
GTS		
Regió Sanitària		
Districte ( <i>només Barcelona</i> )		
Data de l'entrevista		
Hora d'inici		
Tipus de qüestionari		

#### SECRET ESTADÍSTIC

Les informacions que li demanem en aquest qüestionari són per elaborar una estadística oficial.

L'administració i els funcionaris que utilitzin aquesta informació estan obligats, per llei, al secret estadístic, és a dir, a no divulgar-la i a no utilitzar-la per a cap altra finalitat que no sigui l'elaboració d'una estadística oficial.

Tots els ciutadans, les entitats i les institucions estan obligats per llei a proporcionar la informació que es demana i aquesta informació ha d'ésser completa i verídica.

(Articles 37, 38 i 39 de la Llei 23/1998 de 30 de desembre, d'estadística de Catalunya)



## A. Context familiar

A continuació li farem una sèrie de preguntes referides a vostè i a la seva família

### 1. Anoteu el sexe de la persona entrevistada

1	<input type="checkbox"/>	Home
2	<input type="checkbox"/>	Dona

### 2. Quina és la seva data de naixement completa, dia, mes i any?

Dia   Mes   Any

### 3. Quantes persones viuen en aquesta casa de manera habitual? Comptant-hi la persona entrevistada

persones *Si només hi viu una persona ► passeu a pregunta 12*

*Les preguntes següents s'han de formular per a cada un dels membres de la llar: comenceu per la persona entrevistada i continueu per la totalitat de les persones que viuen a la llar de manera habitual. ANOTEU les respostes a la taula adjunta*

### 4. Quin és el parentiu de cada persona que viu a la llar amb la persona de referència de la llar?

- |                                     |               |                         |
|-------------------------------------|---------------|-------------------------|
| 1. Persona de referència de la llar | 5. Avi o àvia | 9. Sogre o sogra        |
| 2. Fill o filla                     | 6. Nét o neta | 10. Gendre o nora       |
| 3. Espòs/osa o parella              | 7. Germà/na   | 11. Altres familiars    |
| 4. Pare o mare                      | 8. Cunyat/da  | 12. Altres no familiars |

### 5. Cadascuna d'aquestes persones és home o dona?

1. Home  
2. Dona

### 6. Quina edat té cadascuna d'aquestes persones?

### 7. Alguna d'aquestes persones requereix algun tipus de dedicació especial pel fet de patir alguna limitació, discapacitat o dependència per fer les activitats habituals de la vida quotidiana?

1. Sí ► assenyali a la taula de quin o quins membres de la llar es tracta  
2. No

Membres de la llar	4. Parentiu	5. Sexe	6. Edat	7. Discapacitat/da	8. Cuidador/a principal a la llar
Persona entrevistada				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona de referència				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 1				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 2				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 3				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 4				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 5				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 6				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 7				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 8				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 9				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Només per a les persones que viuen amb persones discapacitades, menors de 15 anys i/o de 65 anys i més.*

*Anoteu la resposta a la taula adjunta*

8. Qui s'ocupa principalment de les persones discapacitades o amb limitacions que viuen a la llar? *LLEGIU-HO*

9. Qui s'ocupa principalment de les persones menors de 15 anys (no discapacitades)? *LLEGIU-HO*

10. Qui s'ocupa principalment de les persones de 65 anys i més (no discapacitades)? *LLEGIU-HO*

	8. Persones de la llar discapacitades	Persones de la llar no discapacitades	
		9. Menors de 15 anys	10. De 65 anys i més
1. Vostè sol/a (persona entrevistada) <i>Marqueu-la a la taula familiar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La seva parella <i>Marqueu-la a la taula familiar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vostè, compartint-ho amb la seva parella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vostè, compartint-ho amb una altra persona que no és la seva parella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vostè, compartint-ho amb una persona contractada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Una altra persona de la llar que no és la seva parella. <i>Marqueu-la a la taula familiar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una persona contractada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Elles mateixes (no requereixen atenció especial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Els serveis socials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Una altra situació. <i>Especifiqueu-la ▼</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Per a totes les persones entrevistades*

11. A la seva llar, qui s'ocupa principalment de les feines de la casa com ara netejar, planxar, cuinar, etc.?

1	<input type="checkbox"/>	Vostè sol/a (la persona entrevistada)
2	<input type="checkbox"/>	La seva parella
3	<input type="checkbox"/>	Vostè, compartint-ho amb la seva parella
4	<input type="checkbox"/>	Vostè, compartint-ho amb algú altre que no és la seva parella
5	<input type="checkbox"/>	Vostè, compartint-ho amb una persona contractada
6	<input type="checkbox"/>	Una altra persona de la llar que no és la seva parella
7	<input type="checkbox"/>	Una persona contractada
8	<input type="checkbox"/>	Els serveis socials
9	<input type="checkbox"/>	Una altra situació. <i>Especifiqueu-la ▼</i>

12. Habitualment, quantes hores diàries dedica vostè a les feines de la casa com ara netejar, planxar, cuinar, etc, durant un dia feiner?

hores / un dia feiner

13. I durant el cap de setmana?

hores / un cap de setmana sencer (dissabte i diumenge)

D1. S'ha d'ocupar vostè d'algun familiar o persona propera que pateix alguna limitació, discapacitat o dependència i QUE NO RESIDEIX A LA LLAR? S'entén que de MANERA NO REMUNERADA

1	<input type="checkbox"/>	Sí	
2	<input type="checkbox"/>	No	<p>► si es cuida de persones discapacitades a la llar ► passeu a pregunta D4</p> <p>si NO es cuida de persones discapacitades a la llar ► passeu a pregunta 14</p>

D2. Quina relació té vostè amb aquesta persona? Vostè és ..... de la persona que requereix ajut?

- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Espòs/osa, parella o exparella                        |                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Fill/a  |                          |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Gendre/hora   |                          |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Mare/pare   |                          |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Un altre/a familiar (germà/na, nebot/da, etc.)        | <i>Especifiqueu-lo ▼</i> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Una altra relació (amic/ga, conegut/da, veí/na, etc.) | <i>Especifiqueu-la ▼</i> |

D3. On viu ara aquesta persona?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Viu sol/a a casa seva                        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Viu a casa seva amb altres familiars         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Viu a casa d'altres familiars                |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Viu en una residència                        |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <i>Especifiqueu-la ▼</i> |

**CUIDADORS/ES de persones ~~dependents~~ sense autonomia personal**

**Només per a CUIDADORS/ES de persones ~~dependents~~ sense autonomia personal (respostes 1,3,4,5 a pregunta 8 i/o resposta 1 a pregunta D1)**

Ara li farem unes preguntes sobre la seva dedicació a la cura d'aquesta persona (si atén més d'una, contestarà sobre la persona a qui dedica més temps)

D4. Amb quina freqüència es dedica a la cura o atenció d'aquesta persona?

- |   |                          |                                     |                        |
|---|--------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Diàriament                          | ► passeu a pregunta D6 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Una o diverses vegades a la setmana |                        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Una o diverses vegades al mes       | ► passeu a pregunta D8 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Menys d'una vegada al mes           | ► passeu a pregunta D8 |

D5. Quants dies a la setmana dedica de mitjana a la cura d'aquesta persona?

		dies/setmana
--	--	--------------

D6. Quantes hores dedica de mitjana un dia feiner a la cura d'aquesta persona?

		hores / un dia feiner
--	--	-----------------------

D7. I durant dissabtes i diumenges?

		hores dissabte + diumenge
--	--	---------------------------

D8. Quant de temps porta dedicant-se a la cura d'aquesta persona?

- |   |                          |                        |
|---|--------------------------|------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Menys d'un any         |
| 2 | <input type="checkbox"/> | D'1 a menys de 2 anys  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | De 2 a menys de 4 anys |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De 4 a menys de 8 anys |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 8 anys i més           |

**D9. Ara parlarem dels suports amb que compta per cuidar d'aquesta persona i si n'està satisfet/a o no.**

	1. Sí i n'està satisfet/a	2. Sí, però no n'està satisfet/a	3. No
1. Rep suport de familiars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rep suport d'amics, veïns o coneguts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rep suport dels serveis socials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rep suport de personal voluntari (d'alguna associació)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rep suport dels serveis de salut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rep suport de les administracions públiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Compta amb l'ajuda d'alguna persona o servei contractats particularment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**D10. El pis o casa on viu aquesta persona està adaptat per facilitar la seva cura?**

1	<input type="checkbox"/>	Sí, completament
2	<input type="checkbox"/>	Sí, parcialment
3	<input type="checkbox"/>	No, perquè no és necessari
4	<input type="checkbox"/>	No, però tenen previst fer obres o canvis
5	<input type="checkbox"/>	No, perquè no tenen recursos econòmics
6	<input type="checkbox"/>	No, per altres motius

**D11. Com a conseqüència de l'atenció a aquesta persona, VOSTÈ es troba en alguna de les situacions següents?**

	1. Sí	2. No
1. Es troba cansat/da	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No pot plantejar-se treballar fora de casa o ha hagut de deixar la seva feina o reduir la seva jornada de treball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pensa que la tasca que fa com a cuidador/a no és reconeguda pel seu entorn més proper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha hagut de reduir el seu temps d'oci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. No pot anar de vacances	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No té temps per estar amb les seves amistats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No té temps per cuidar-se de vostè mateix	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## B. Dades sociodemogràfiques

*Per a totes les persones entrevistades*

14. Ens podria dir quin és el seu estat civil (legal)?

- |   |                          |              |
|---|--------------------------|--------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Solter/a     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Casat/da     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Vidu/vídua   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Separat/da   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Divorciat/da |

15. Quina nacionalitat té vosté?

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Espanyola                        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Espanyola i una altra estrangera |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Estrangera                       |

*Especifiqueu país nacionalitat estrangera*

16. On va néixer vosté?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al mateix municipi de residència                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A un altre municipi de Catalunya                 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A un altre municipi d'Espanya, fora de Catalunya |
| 4 | <input type="checkbox"/> | A l'estranger                                    |

► *passeeu a pregunta 18*

► *passeeu a pregunta 18*

► *passeeu a pregunta 18*

*Especifiqueu municipi ▼*

*Especifiqueu província ▼*

*Especifiqueu país ▼*

*Només per a les persones que han nascut fora d'Espanya*

17. A quin any va arribar a Espanya?

Any d'arribada

*Per a totes les persones entrevistades*

18. Quin és el seu nivell màxim d'estudis finalitzats?

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sap llegir ni escriure  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primaris incomplets: sap llegir i escriure sense haver finalitzat l'educació primària                    |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primaris complets: primària LOGSE completa o cinc cursos aprovats d'EGB                                  |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa d'educació secundària: graduat escolar, batxillerat elemental, EGB o ESO completa          |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments de batxillerat: batxillerat superior, BUP, batxillerat pla nou, PREU o COU                  |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grau mitjà: oficialia industrial, FPI, cicles formatius de grau mitjà                              |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grau superior: mestratge industrial, FPII, cicles formatius de grau superior                       |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments universitaris de primer cicle: diplomatura universitària, arquitectura i enginyeria tècnica |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments universitaris de segon cicle: llicenciatura, arquitectura i enginyeria                      |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudis universitaris de doctorat, postgrau, màster, MIR o equivalent                                    |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la ▼</i>   |

19. Quina és la seva situació laboral principal actual? *LLEGIU-HO*

- |    |                          |   |                                |
|----|--------------------------|---|--------------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Treballa  | ► <i>passeeu a pregunta 20</i> |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Treballa, però té una baixa laboral de més de 3 mesos | ► <i>passeeu a pregunta 20</i> |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Aturat/da amb subsidi/prestació                       | ► <i>passeeu a pregunta 21</i> |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Aturat/da sense subsidi/prestació                     | ► <i>passeeu a pregunta 21</i> |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Feines de la llar (mestressa de casa)                 | ► <i>passeeu a pregunta 22</i> |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiant   | ► <i>passeeu a pregunta 22</i> |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitat/da o amb invalidesa permanent             | ► <i>passeeu a pregunta 22</i> |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilat/da per raons d'edat                           | ► <i>passeeu a pregunta 23</i> |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilat/da de forma anticipada                        | ► <i>passeeu a pregunta 23</i> |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <i>Especifiqueu-la ▼</i>          | ► <i>passeeu a pregunta 22</i> |

**Només per a persones que treballen actualment (pregunta 19 respostes 1 i 2)**

20. Quina probabilitat té vostè de perdre la seva feina en els propers 6 mesos? LLEGIU-LO

- |   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Molt probable   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Probable        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Improbable      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Molt improbable |

**Només per a persones que estan en situació d'atur (pregunta 19 respostes 3 i 4)**

21. Quan temps porta aturat ininterrompudament?

   mesos
**Només per a les persones que estan a l'atur sense prestació, realitzen feines de la llar, estudiants o amb incapacitat o invalidesa permanent (pregunta 19 respostes 4,5,6,7 i 10)**

22. Malgrat que en l'actualitat no treballa remuneradament, havia treballat abans de forma remunerada?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
- passeu a pregunta 27 (si NO és persona de referència) o 33 (si SÍ és persona de referència)

**Només per a les persones entrevistades que treballen o han treballat amb anterioritat**

23. Quina és l'activitat principal de l'empresa on treballa (o treballava)?

24. Quina feina concreta fa (o feia) en aquesta empresa?

25. En quina situació es troba vostè a la seva feina (o es trobava a l'última feina)? LLEGIU-LO

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionari/a  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Assalariat/da amb contracte indefinit                                   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal de menys de 6 mesos                                  |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal de 6 mesos a menys d'1 any                           |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal d'1 any a menys de 2 anys                            |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal de 2 anys i més                                      |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal de durada no especificada (obra o servei, o similar) |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Treballador/a d'empresa de treball temporal (ETT)                       |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Treballa sense contracte  |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autònom/a o professional sense assalariats/des                          |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresari/a amb menys de 10 treballadors/res                            |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresari/a amb 10 o més treballadors/es                                |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Una altra relació contractual. <i>Especifiqueu-la</i> ▼                 |

26. Té (o tenia a l'última feina) treballadors/es al seu càrrec? En cas afirmatiu, quants?

- |   |                          |                        |
|---|--------------------------|------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, d'1 a 4 persones   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 persones |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, d'11 a 20 persones |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, més de 20 persones |

Si la persona de referència de la llar és la persona entrevistada

► passeu a pregunta 33

**PERSONA DE REFERÈNCIA DE LA LLAR**

Ara li faré unes preguntes referides a la persona de referència de la llar

27. Quin és el nivell màxim d'estudis finalitzats de la persona de referència de la llar?

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sap llegir ni escriure  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primaris incomplets: sap llegir i escriure sense haver finalitzat l'educació primària                    |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primaris complets: primària LOGSE completa o cinc cursos aprovats d'EGB                                  |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa d'educació secundària: graduat escolar, batxillerat elemental, EGB o ESO completa          |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments de batxillerat: batxillerat superior, BUP, batxillerat pla nou, PREU o COU                  |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grau mitjà: oficialia industrial, FPI, cicles formatius de grau mitjà                              |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grau superior: mestratge industrial, FPII, cicles formatius de grau superior                       |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments universitaris de primer cicle: diplomatura universitària, arquitectura i enginyeria tècnica |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments universitaris de segon cicle: llicenciatura, arquitectura i enginyeria                      |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudis universitaris de doctorat, postgrau, màster, MIR o equivalent                                    |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la</i> ▼   |

28. Quina és la seva situació laboral actual? [de la persona de referència de la llar]

- |    |                          |   |                        |
|----|--------------------------|---|------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Treballa  | ► passeu a pregunta 30 |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Treballa, però té una baixa laboral de més de 3 mesos | ► passeu a pregunta 30 |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Aturat/da amb subsidi/prestació                       | ► passeu a pregunta 30 |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Aturat/da sense subsidi/prestació                     | ► passeu a pregunta 29 |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Feines de la llar (mestressa de casa)                 | ► passeu a pregunta 29 |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiant   | ► passeu a pregunta 29 |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitat/da o amb invalidesa permanent             | ► passeu a pregunta 29 |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilat/da per raons d'edat                           | ► passeu a pregunta 30 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilat/da de forma anticipada                        | ► passeu a pregunta 30 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <i>Especifiqueu-la</i> ▼          | ► passeu a pregunta 29 |

**Només per a les persones de referència que estan a l'atur sense prestació, realitzen feines de la llar, estudiants o amb incapacitat o invalidesa permanent (pregunta 28 respostes 4,5,6,7 i 10)**

29. Malgrat que aquesta persona [la persona de referència de la llar] no treballa remuneradament en l'actualitat, havia treballat abans?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |
- passeu a pregunta 33

**Només per a les persones de referència que treballen o han treballat amb anterioritat**

30. Quina és l'activitat principal de l'empresa on treballa (o treballava) [la persona de referència de la llar]?

31. Quina feina concreta fa (o feia) [la persona de referència de la llar] en aquesta empresa?



32. [La persona de referència de la llar] Té (o tenia a l'última feina) treballadors/es al seu càrrec? En cas afirmatiu, quants?

- |   |                          |                        |
|---|--------------------------|------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No                     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, d'1 a 4 persones   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, de 5 a 10 persones |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, d'11 a 20 persones |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, més de 20 persones |

*Per a totes les persones entrevistades*

33. Aproximadament, quins són els ingressos nets mensuals d'aquesta família? *MOSTREU TARGETA O LLEGIU INTERVALS*

- |   |                          |   |    |                          |   |
|---|--------------------------|---|----|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No hi ha ingressos                            | 7  | <input type="checkbox"/> | De 1.501 a 1.800 € (De 250.001 a 300.000 Pts)     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menys de 300 € (Menys de 50.000 Pts)          | 8  | <input type="checkbox"/> | De 1.801 a 3.000 € (De 300.001 a 500.000 Pts)     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | De 301 a 600 € (De 50.001 a 100.000 Pts)      | 9  | <input type="checkbox"/> | De 3.001 a 6.000 € (De 500.001 a 1.000.000 Pts)   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De 601 a 900 € (De 100.001 a 150.000 Pts)     | 10 | <input type="checkbox"/> | De 6.001 a 9.000 € (De 1.000.000 a 1.500.000 Pts) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De 901 a 1.200 € (De 150.001 a 200.000 Pts)   | 11 | <input type="checkbox"/> | Més de 9.000 € (Més de 1.500.000 Pts)             |
| 6 | <input type="checkbox"/> | De 1.201 a 1.500 € (De 200.001 a 250.000 Pts) | 88 | <input type="checkbox"/> | No ho sap   |

## C. Cobertura sanitària

*Per a totes les persones entrevistades*

34. Té dret a l'assistència sanitària mitjançant alguna de les entitats que ara li llegiré? *LLEGIU-LES*

*S'exclouen les mútues obligatòries d'accidents de treball, les escolars o les de federacions esportives.*

	1. Sí	2. No	9. NS/NC
1. Servei Català de la Salut (té la Targeta Sanitària Individual o TSI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mútua d'afiliació obligatòria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) amb prestació sanitària del Servei Català de la Salut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mútua d'afiliació obligatòria amb prestació sanitària d'una assegurança privada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Assegurança sanitària privada, concertada individualment (SANITAS, ASISA, l'Aliança, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Assegurança sanitària privada, pagada per la seva empresa (SANITAS, ASISA, l'Aliança, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No té cap assegurança sanitària	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una altra situació. <i>Especifiqueu-la</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Durant els últims 12 mesos, quina modalitat de serveis sanitaris ha utilitzat més freqüentment? *LLEGIU-LES*

*S'inclouen les mútues obligatòries d'accidents de treball, les escolars o les de federacions esportives.*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No n'ha utilitzat cap ► <i>passeeu a pregunta 37</i>                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Servei Català de la Salut   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Assegurança sanitària privada a càrrec de la mútua obligatòria                |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Assegurança sanitària privada concertada individualment o per la seva empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Metges/esses particulars  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la</i> ▼                              |

36. Quin grau de satisfacció té amb aquests serveis sanitaris que ha utilitzat més freqüentment durant els últims 12 mesos?

- |   |                          |                   |
|---|--------------------------|-------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Molt satisfet/a   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Satisfet/a        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Insatisfet/a      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Molt insatisfet/a |

## D. Estat de salut i qualitat de vida relacionada amb la salut

*Per a totes les persones entrevistades*

A continuació li farem unes preguntes referents al seu estat de salut

37. Com diria vostè que és la seva salut en general? *LLEGIU-HO*

- |   |                          |            |
|---|--------------------------|------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Excel·lent |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Molt bona  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Bona       |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Regular    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Dolenta    |

38. Aproximadament, quants quilos pesa sense roba?

quilos

39. Aproximadament, quants centímetres amida sense sabates?

centímetres

40a. Digui quines de les afirmacions següents descriuen millor el seu estat de salut en el dia d'avui. *LLEGIU PER GRUPS DE RESPOSTES DE 3 EN 3*

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No té problemes per caminar  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Té alguns problemes per caminar  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Ha de fer llit   |
| 1 | <input type="checkbox"/> | No té problemes per rentar-se o vestir-se sol/a  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Té alguns problemes per rentar-se o vestir-se sol/a  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | És incapaç de rentar-se o vestir-se sol/a  |
| 1 | <input type="checkbox"/> | No té problemes per fer les seves activitats quotidianes (treballar, estudiar, fer les feines de la llar o activitats de lleure) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Té alguns problemes per fer les seves activitats quotidianes   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | És incapaç de fer les seves activitats quotidianes   |
| 1 | <input type="checkbox"/> | No té dolor o malestar   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Té dolor o malestar moderat  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Té molt dolor o malestar   |
| 1 | <input type="checkbox"/> | No està ansiós/a o deprimit/da   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Està moderadament ansiós/a o deprimit/da   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Està molt ansiós/a o deprimit/da   |

**40a1. Ara li farà unes preguntes molt similars a les anteriors per CONCRETAR una mica més com descriuria el seu estat de salut en el dia d'AVUI.** *Enquestadors: no feu esment de les respostes rebudes a la pregunta anterior LLEGIU PER GRUPS DE RESPOSTES DE 5 EN 5*

1	<input type="checkbox"/>	No té problemes per caminar
2	<input type="checkbox"/>	Té problemes lleus per caminar
3	<input type="checkbox"/>	Té problemes moderats per caminar
4	<input type="checkbox"/>	Té problemes greus per caminar
5	<input type="checkbox"/>	No pot caminar
1	<input type="checkbox"/>	No té problemes per rentar-se o vestir-se
2	<input type="checkbox"/>	Té problemes lleus per rentar-se o vestir-se
3	<input type="checkbox"/>	Té problemes moderats per rentar-se o vestir-se
4	<input type="checkbox"/>	Té problemes greus per rentar-se o vestir-se
5	<input type="checkbox"/>	No pot rentar-se o vestir-se
1	<input type="checkbox"/>	No té problemes per fer les seves activitats quotidianes (treballar, estudiar, fer les feines de la llar o activitats de lleure)
2	<input type="checkbox"/>	Té problemes lleus per fer les seves activitats quotidianes
3	<input type="checkbox"/>	Té problemes moderats per fer les seves activitats quotidianes
4	<input type="checkbox"/>	Té problemes greus per fer les seves activitats quotidianes
5	<input type="checkbox"/>	No pot fer les seves activitats quotidianes
1	<input type="checkbox"/>	No té dolor ni malestar
2	<input type="checkbox"/>	Té dolor o malestar lleu
3	<input type="checkbox"/>	Té dolor o malestar moderat
4	<input type="checkbox"/>	Té dolor o malestar fort
5	<input type="checkbox"/>	Té dolor o malestar extrem
1	<input type="checkbox"/>	No està ansiós/osa ni deprimit/ida
2	<input type="checkbox"/>	Està lleument ansiós/osa o deprimit/ida
3	<input type="checkbox"/>	Està moderadament ansiós/osa o deprimit/ida
4	<input type="checkbox"/>	Està molt ansiós/osa o deprimit/ida
5	<input type="checkbox"/>	Està extremadament ansiós/osa o deprimit/ida

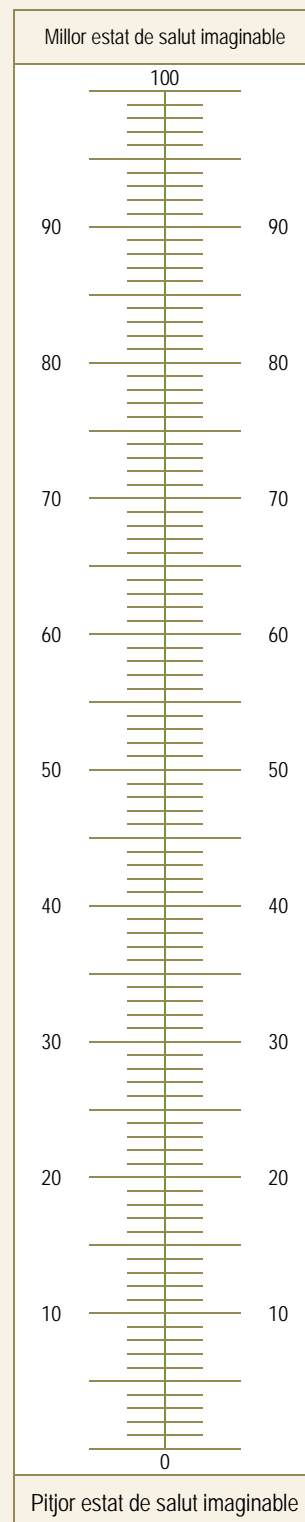
40b. Ens pot indicar, en aquesta escala que sembla un termòmetre, la seva opinió sobre el seu estat de salut en general en el dia d'avui. El 100 representa el millor estat de salut imaginable i el 0 el pitjor estat de salut imaginable.

*Enquestador/a: mostreu el termòmetre i deixeu el llapis perquè la persona entrevistada marqui la creu*

El seu estat de salut  
AVUI

Marqui amb una creu en el termòmetre  
quin és el seu estat de salut en el dia  
d'avui

Puntuació



## E. Morbiditat crònica i accidents

*Per a totes les persones entrevistades*

41. Té vostè alguna malaltia o problema de salut crònic?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

42. Ens podria dir si pateix o ha patit algun dels trastorns que ara li llegiré? **LLEGIU-LOS**

	1. Sí	2. No
1. Pressió alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Colesterol elevat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anèmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Al·lèrgies cròniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bronquitis crònica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Varices a les cames	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mala circulació de la sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Migranya o mals de cap freqüents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Cataractes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mal d'esquena crònic cervical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Artrosi, artritis o reumatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.1. Artrosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2. Artritis crònica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3. Tendinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4. Fibromiàlgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Osteoporosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Problemes de pròstata ( <i>només homes</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Incontinència urinària (pèrdues involuntàries d'orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Restrenyiment crònic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Morenes/hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Úlcera d'estómac o duodè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Problemes crònics de pell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Problemes de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Depressió i/o ansietat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Altres trastorns mentals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Embòlia/atac de feridura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Infart de miocardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Altres malalties del cor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Tumors malignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Un altre trastorn crònic. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les preguntes que farem tot seguit tracten sobre accidents que hagin provocat alguna **RESTRICCIÓ** en les seves activitats habituals i/o que hagin requerit **ASSISTÈNCIA SANITÀRIA**.

43. Durant els últims 12 mesos ha tingut algun accident com ara.....? **LLEGIU-LOS**

44. En cas afirmatiu, quantes vegades li ha passat en els últims 12 mesos?

	43. Accidents darrers 12 mesos		44. Nombre de vegades
	1. Sí	2. No	
1. Caigudes d'un nivell més alt que un altre (caigudes d'una escala, d'una cadira, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Caigudes en un mateix nivell (caigudes arran de terra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Cremades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Cops	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
5. Intoxicacions (exclou intoxicació alimentària)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
6. Accidents de trànsit com a conductor/a o passatger/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
7. Accidents de trànsit com a vianant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
8. Mossegades o agressions d'origen animal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
9. Talls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
10. Un altre. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

*Si no ha tingut cap accident*

► *passeeu a pregunta 46a*

45. On va tenir lloc l'accident? *Si ha tingut més d'un, referir-se a l'últim*

1	<input type="checkbox"/>	A dins de casa
2	<input type="checkbox"/>	A la feina o lloc de treball
3	<input type="checkbox"/>	En un desplaçament durant la jornada laboral
4	<input type="checkbox"/>	A l'escola o centre de formació
5	<input type="checkbox"/>	A la via pública anant o tornant de la feina o del centre de formació
6	<input type="checkbox"/>	A la via pública (fora de l'horari laboral o escolar)
7	<input type="checkbox"/>	En un centre esportiu
8	<input type="checkbox"/>	En un altre lloc d'esbarjo
9	<input type="checkbox"/>	En un altre lloc. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼

## F. Ús de medicaments i restricció de l'activitat en els últims 12 mesos

*Per a totes les persones entrevistades*

46a. De la llista següent, quins medicaments ha pres durant els últims DOS dies (ahir i/o abans-d'ahir). **LLEGIU-LOS**

*En cas afirmatiu, li ha estat receptat pel metge/essa específicament per a aquest cas, li ha aconsellat el farmacèutic o l'ha pres per iniciativa pròpia?*

	1. No	2. Sí Receptat pel metge/essa per a aquest cas específic	3. Sí Aconsellat pel farmacèutic	4. Sí Per iniciativa pròpia
1. Medicaments com l'aspirina o similars per alleujar el dolor i/o antiinflamatoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vitamines o minerals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tranquil·litzants, sedants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Medicaments per a l'al·lèrgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Medicaments per a la tos o el refredat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Antibiótics (penicil·lina o altres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Medicaments per a l'asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medicaments antidepressius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Medicaments per a la tensió arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Medicaments per al colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Medicaments per al cor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Insulina o medicaments per a la diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Medicaments per dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Medicaments per a problemes de la pell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Medicaments per a l'estómac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Laxants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Medicaments per a l'osteoporosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Anticonceptius ( <i>només dones</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Medicaments per a problemes dels ulls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Medicaments per a problemes d'orella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Medicaments per aprimar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Medicaments homeopàtics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Plantes medicinals comprades a farmàcies o herboristeries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Un altre medicament. <i>Especifiqueu-lo ▼</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46b. Durant els últims 12 mesos, ha tingut algun impediment o dificultat per anar a treballar, anar a l'escola o centre docent o fer les feines de casa per algun problema de salut crònic (que ha durat o que s'espera que duri tres mesos o més)?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

46c. A més del que ja s'ha comentat, durant els últims 12 mesos ha hagut de restringir o disminuir les seves activitats habituals com ara anar a passejar, fer esport, jugar, anar a comprar, etc. per algun problema de salut crònic?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

*Les persones que han contestat NO a les preguntes 46b i/o 46c*

► *passeu a pregunta 47*

*Només per a les persones que han contestat Sí a les preguntes 46b i/o 46c*

46d. Quin ha estat el problema de salut més important que li ha causat aquesta limitació?

## G. Salut mental

*Per a totes les persones entrevistades*

47. Les preguntes següents es refereixen a problemes que ha pogut tenir durant els últims 30 dies. Si us plau, triï la resposta que més s'acosta al que sent o ha sentit recentment

1. S'ha pogut concentrar bé en el que feia?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	millor que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	igual que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys que habitualment

2. Les seves preocupacions li han fet perdre molt la son?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment

3. Ha sentit que juga un paper útil a la vida?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	més útil que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	igual que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys útil que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys útil que habitualment

4. S'ha sentit capaç de prendre decisions?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	més que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	igual que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys que habitualment

5. S'ha notat constantment carregat/da i en tensió?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment

6. Ha tingut la sensació que no pot superar les seves dificultats?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment

7. Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats de cada dia?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	més que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	igual que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys que habitualment

8. Ha estat capaç de fer front, adequadament, als seus problemes?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	més capaç que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	igual que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys capaç que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys capaç



9. S'ha sentit poc feliç i deprimit/da?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment

10. Ha perdut confiança en vostè mateix/a?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment

11. Ha pensat que és una persona que no serveix per a res?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment

12. Se sent raonablement feliç, considerant totes les circumstàncies?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	més que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	aproximadament el mateix que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys que habitualment

## H. Discapacitats, dependència autonomia personal i suport social

*Per a totes les persones entrevistades*

48. Durant al menys els últims 6 mesos, en quina mesura s'ha vist limitat/da a causa d' un problema de salut per realitzar les activitats que la gent fa habitualment?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, greument limitat/da                     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, limitat/da però no greument             |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No limitat/da ► <i>passeu a pregunta 50</i> |

49. Quant temps fa que té aquesta limitació?

- |   |                          |                               |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Menys de 6 mesos              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Entre 6 mesos i menys d'1 any |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Entre 1 i menys de 5 anys     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Entre 5 i menys de 10 anys    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Més de 10 anys                |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Sempre                        |

50. Les preguntes següents tenen per objecte concretar si té alguna limitació greu o discapacitat que l'afecti de manera permanent per fer les seves activitats quotidianes

	1. Sí	2. No
1. Té alguna limitació greu a la vista, que li impossibiliti veure la televisió a dos metres, fins i tot amb ulleres o lents de contacte, o ceguesa d'un ull o ceguesa total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Té alguna limitació greu de l'oida, de manera que no pugui seguir una conversa de to normal entre diverses persones, fins i tot amb aparell, o sordesa d'una orel·la o sordesa total?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Té alguna limitació greu per parlar, per exemple com a conseqüència d'una operació de laringe, que faci que els altres tinguin dificultats per entendre el que vostè diu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Té alguna limitació greu de comunicació per escriure o llegir –exceptuant els analfabets i les persones amb problemes de visió– o per fer i entendre signes gràfics com ara senyals de trànsit o les hores del rellotge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Per problemes físics de mobilitat, té una limitació greu per sortir de casa si no va acompanyat/da d'una altra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Té problemes per caminar, de manera que necessita un bastó o un altre instrument, o necessita l'ajut d'altres persones o una cadira de rodes per desplaçar-se?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Té altres limitacions importants de moviment, com ara molta dificultat per córrer una distància de 50 metres o per pujar escales -10 esglaons- sense ajut de barana o d'un altre instrument?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Té dificultats greus per fer activitats quotidianes com obrir o tancar portes, aixetes, pestells, i/o estirar-se o ajupir-se per agafar objectes sense ajut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Té alguna dependència greu d'un aparell o instrument (marcapassos, etc.) o d'un tractament (oxigen, diàlisi, dieta estricta, etc.) que li impedeix de fer vida normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Té dificultats greus per fer les activitats bàsiques de cura personal com menjar, anar al lavabo, rentar-se o vestir-se sense l'ajut d'una altra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Té dificultats greus per fer les activitats de la cura de la llar i altres activitats quotidianes com comprar, cuinar, fer les feines de casa, administrar els diners o telefonar sense ajut d'una altra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Només per a les persones que han contestat afirmativament algun dels ítems de la pregunta 50*

51. Té o ha sol·licitat el Certificat de reconeixement de la discapacitat (emès per la Generalitat de Catalunya o un altre organisme oficial)? **LLEGIU-HO**

1	<input type="checkbox"/>	Sí, el té	
2	<input type="checkbox"/>	L'ha sol·licitat i li han denegat	► <i>passeeu a pregunta 53</i>
3	<input type="checkbox"/>	L'ha sol·licitat i està en tràmits	► <i>passeeu a pregunta 53</i>
4	<input type="checkbox"/>	No l'ha sol·licitat	► <i>passeeu a pregunta 53</i>
5	<input type="checkbox"/>	No ho sap	► <i>passeeu a pregunta 53</i>

52. Recorda quin grau de discapacitat li han reconegut?

0	<input type="checkbox"/>	Menys del 33%
1	<input type="checkbox"/>	Entre el 33 i el 64%
2	<input type="checkbox"/>	Entre el 65 i el 74%
3	<input type="checkbox"/>	Igual o superior al 75%
4	<input type="checkbox"/>	No ho recorda

53. A causa d'un problema de salut, necessita l'ajuda o la companyia d'altres persones per realitzar les activitats habituals de la vida quotidiana?

- |   |                          |                    |
|---|--------------------------|--------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, regularment    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, a vegades      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No necessita ajuda |
- Si la persona és menor de 65 anys* ► *passeu a pregunta D16*

**Per a totes les persones de 65 anys i més + persones menors d'aquesta edat que han contestat 1 o 2 a la pregunta 53**

Ara li demanarem si vostè pot fer diverses activitats habituals de la vida quotidiana o necessita l'ajut d'altres persones per realitzar-les

54. Té alguna dificultat o necessita l'ajut d'altres persones per ..... *En cas afirmatiu, LLEGIU LES POSSIBILITATS DE RESPOSTA*

55. Li ajuda algú a fer-ho?

	54. Dificultats i necessitat d'ajut				55. Li ajuda algú	
	1. No té cap dificultat	2. Té alguna dificultat però no necessita l'ajut de ningú	3. Té dificultat i necessita algú que l'ajudi	4. No ho pot fer i li han de fer		
					1. Sí	2. No
1. Menjar i beure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Entrar i sortir del llit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anar al "lavabo"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vestir-se i desvestir-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Banyar-se o dutxar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Afaitar-se ( <i>només homes</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pentinar-se ( <i>només dones</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Controlar la micció i/o la defecació	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pujar i baixar escales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sortir al carrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Agafar transports públics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cuinar el seu menjar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Anar al mercat / fer la compra personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Fer les feines de casa rutinàries (fer el llit, rentar plats, netejar, fer la bugada, planxar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Utilitzar el telèfon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Administrar els diners (donar o rebre el canvi) o pagar rebuts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Prendre la medicació segons prescripció	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Reconèixer persones, objectes i orientar-se en l'espai i el temps (per exemple, organitzar les seves activitats)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Aprendre i retenir nova informació i recordar informacions recents (per exemple converses, cites, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si la persona no requereix l'ajuda d'altri (han contestat 1 o 2 a tots els ítems de la pregunta 54)*

► *passeu a pregunta D16*

**Només per a les persones que han manifestat que necessiten ajuda (han contestat 3 o 4 a algun ítem de la pregunta 54)**

D12. Aproximadament, quant de temps fa que va començar a necessitar l'ajut d'una altra persona per realitzar determinades activitats? *Triar anys o mesos segons la situació*

mesos

anys

Sempre

56. En relació amb les activitats per a les quals necessita suport, de qui rep ajuda principalment? **NO LLEGIU**

1	<input type="checkbox"/>	No rep ajut de ningú	▶ <i>passeeu a pregunta D15</i>
2	<input type="checkbox"/>	De la parella	
3	<input type="checkbox"/>	D'altres familiars. <i>Especifiqueu-los (fill/a, nora/gendre, pare/mare, etc.)</i>	▶ <input type="text"/>
4	<input type="checkbox"/>	De veïns/es o coneguts/des	
5	<input type="checkbox"/>	De persones contractades particularment	
6	<input type="checkbox"/>	De personal dels serveis socials	
7	<input type="checkbox"/>	De voluntaris i membres d'associacions d'ajuda	
8	<input type="checkbox"/>	D'una altra persona. <i>Especifiqueu-la</i>	▼ <input type="text"/>

57. Aquesta persona de qui rep ajuda principalment, és home o dona?

1	<input type="checkbox"/>	Home
2	<input type="checkbox"/>	Dona

**Només per a les persones que han contestat 2 o 3 a la pregunta 56**

D13. Viu a casa amb vostè o viu fora?

1	<input type="checkbox"/>	Viu a casa	<i>Assenyaleu-la a la taula familiar</i>
2	<input type="checkbox"/>	Viu fora de casa	

**Per a totes les persones que han manifestat que necessiten ajuda (han contestat 3 o 4 a algun ítem de la pregunta 54)**

D14. Ara parlarem dels suports amb que compta (a més de la persona que el cuida) i si n'està satisfet/a o no.

	1. Sí i n'està satisfet/a	2. Sí, però no n'està satisfet/a	3. No
1. Rep suport de familiars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rep suport d'amics, veïns o coneguts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rep suport dels serveis socials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rep suport de personal voluntari (d'alguna associació)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rep suport dels serveis de salut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rep suport de les administracions públiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Compta amb l'ajuda d'alguna persona o servei contractats particularment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D15. Considera que aquest pis o casa [on viu] està adaptat a les seves necessitats?

1	<input type="checkbox"/>	Sí, completament
2	<input type="checkbox"/>	Sí, parcialment
3	<input type="checkbox"/>	No, perquè no és necessari
4	<input type="checkbox"/>	No, però tenen previst fer obres o canvis
5	<input type="checkbox"/>	No, perquè no tenen recursos econòmics
6	<input type="checkbox"/>	No, per altres motius

*Per a totes les persones sense autonomia personal*

58. *A causa de la seva situació, durant el darrer any ha estat visitat/da en el seu domicili per algun professional sanitari (metge/essa, infermer/a...)? En cas afirmatiu, de manera habitual o ocasional?*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera habitual (setmanalment o mensual) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera ocasional                         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No  |

59. *A causa de la seva situació, durant el darrer any ha estat visitat/da al seu domicili per algun assistent social o treballador social? En cas afirmatiu, de manera habitual o ocasional?*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera habitual (setmanalment o mensual) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera ocasional                         |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No  |

*Per a totes les persones entrevistades*

D16. A continuació li llegiré unes frases relacionades amb la seva vida social i el suport afectiu que rep d'altres persones. Valori de l'1 al 5 si en té tant com desitjaria (5) o menys del que desitjaria (1). *MOSTREU TARGETA*

	Menys del que desitja		Tant com desitja		
	1	2	3	4	5
1. Rep visites dels seus amics i familiars					
2. Rep ajut en temes relacionats amb casa seva					
3. Rep elogis i reconeixements quan fa bé la seva feina					
4. Té invitacions per distreure's i sortir amb altres persones					
5. Rep amor i afecte					
6. Té la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes a la feina i/o a la llar					
7. Té la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes personals i familiars					
8. Té la possibilitat de parlar amb algú dels seus problemes econòmics					
9. Té persones que es preocupen del que li passa					
10. Rep consells útils quan li passa alguna cosa important a la vida					
11. Rep ajuda quan està malalt/a al llit					

*Per a totes les persones entrevistades*

D17. Creu que les persones haurien d'estalviar o preveure sistemes de finançament per quan requereixin (ells/es o algun familiar proper) ajut d'altres persones per fer les activitats habituals de la vida quotidiana?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

## I. Pràctiques preventives

*Només per a persones de 60 anys i més*

60. Es posa la vacuna de la grip (és una injecció) de forma regular quan comença la tardor?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

*Per a totes les persones entrevistades*

61. Es pren la tensió (pressió arterial) periòdicament?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

62. Es revisa el nivell de colesterol en la sang periòdicament?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

*Només per a DONES*

63. Es fa una mamografia (radiografia de la mama) periòdicament?

- |   |                          |    |
|---|--------------------------|----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

► passeu a pregunta 66

64. Quan es va fer la darrera mamografia?

- |   |                          |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Fa menys d'un any              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Fa entre 1 any i (menys de) 2  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Fa entre 2 anys i (menys de) 3 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Fa 3 anys o més                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No ho recorda                  |

65. La darrera mamografia se la va fer a través ....? LLEGIU-HO

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Del Programa de detecció precoç del càncer de mama (VA REBRE UNA CARTA)   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Del ginecòleg/oga del Servei Català de la Salut                           |
| 3 | <input type="checkbox"/> | D'una assegurança privada a càrrec de la mútua obligatòria                |
| 4 | <input type="checkbox"/> | D'una assegurança privada concertada individualment o per la seva empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | D'un metge/essa privat  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <i>Especifiqueu-la</i> ▼                              |

66. Es fa una citologia vaginal (Papanicolau) periòdicament?

- |   |                          |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                                    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No                                    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No s'ha fet mai una citologia vaginal |

## J. Estils de vida: alimentació i activitat física

*Per a totes les persones entrevistades*

67. Quantes racions de fruita i/o verdura menja vostè diàriament?

racions diàries

68. Durant els darrers 7 dies, quantes vegades ha fet els àpats següents?

	1 Cada dia	2 De 4 a 6 vegades	3 D'1 a 3 vegades	4 Cap vegada
1. Esmorzar abans de sortir de casa o quan s'aixeca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Esmorzar a mig matí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69. De les possibilitats que ara li llegiré, indiqui quina descriu millor l'activitat física que desenvolupa habitualment. **LLEGIU-LES**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Està assegut/da durant la major part de la jornada  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Està dret/a la major part de la jornada, sense desplaçar-se                                   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | La seva activitat no requereix un esforç físic important, però es desplaça a peu freqüentment |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Fa una activitat que requereix un esforç físic important                                      |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la ▼</i>  |

70. Durant els darrers 7 dies, quants dies ha caminat almenys 10 minuts seguits?

dies durant els darrers 7 dies      ► Si no ha caminat cap dia passeu a pregunta 72

71. Quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha caminat cada dia que ho ha fet?

minuts / dia

72. Durant els últims 7 dies, quants dies ha realitzat alguna activitat física o esportiva VIGOROSA en el TEMPS DE LLEURE durant almenys 10 minuts seguits? Exemples: futbol, bàsquet, hoquei, esquaix, arts marcial, muntanyisme, atletisme, ciclisme de competició, natació de competició o similars

dies durant els darrers 7 dies      ► Si no ha fet cap activitat vigorosa passeu a pregunta 74

73. Quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha realitzat una activitat vigorosa cada dia que ho ha fet?

minuts / dia

74. Durant els darrers 7 dies, quants dies ha realitzat alguna activitat física o esportiva MODERADA en el TEMPS DE LLEURE, almenys 10 minuts seguits? Exemples: anar en bicicleta, gimnàstica, aeròbic, córrer, tennis, natació, patinatge, golf, ball, ioga o similars

dies durant els darrers 7 dies      ► Si no ha fet cap activitat moderada passeu a pregunta 76

75. Quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha realitzat una activitat moderada cada dia que ho ha fet?

minuts / dia

## CANVI D'ORDRE

## K. Estils de vida: tabac i alcohol

*Per a totes les persones entrevistades*

76. De les següents situacions, quina descriu millor el seu comportament respecte al tabac? (inclou cigarretes, cigars i pipes)  
LLEGIU-LES

- |   |                          |  |                        |
|---|--------------------------|--|------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Actualment no fuma gens                               |                        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. Actualment fuma ocasionalment (menys d'un cop al dia) | ► passeu a pregunta 78 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3. Actualment fuma cada dia                              | ► passeu a pregunta 82 |

77. Abans, fumava vostè? LLEGIU-HO

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No ha fumat mai   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Havia fumat menys d'un cop al dia durant 6 mesos o més    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Havia fumat menys d'un cop al dia durant menys de 6 mesos |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Havia fumat diàriament durant 6 mesos o més               |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Havia fumat diàriament durant menys de 6 mesos            |

*Només per a persones EXFUMADORES, FUMADORES OCASIONALS I NO FUMADORES que treballen (resposta 1 o 2 a pregunta 19)*

78. Té vostè algun company/a o altres persones que fumin a prop seu en el seu lloc de treball, de manera que li arriba el fum del tabac?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Sí  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. No  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3. No procedeix (no treballa o treballa sol/a) |

*Si la persona viu sola → passeu a pregunta 80*

*Per a totes les persones EXFUMADORES, FUMADORES OCASIONALS I NO FUMADORES*

79. Quantes persones fumen habitualment dintre de casa seva? (sense comptar la persona entrevistada si és fumadora ocasional)

persones

80. Fora de casa o del lloc de treball, quant temps al dia, de mitjana, passa en ambients carregats de fum de tabac durant els dies feiners?

81. I durant els caps de setmana?

	1. Cap	2. Menys d'1 hora	3. D'1 a 4 hores	4. Més de 4 hores
1. Dies feiners, de dilluns a dijous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cap de setmana, divendres + dissabte + diumenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



*Per a totes les persones entrevistades*

Ara li faré algunes preguntes sobre el seu consum de begudes alcohòliques durant els darrers 12 mesos

82. Durant el darrer any, i pensant només en els dies feiners (de dilluns a dijous), amb quina freqüència ha consumit .....? *LLEGIU*

83. [En cas afirmatiu] En un dia feiner en què ha begut ....., quantes consumicions ha pres habitualment?

	82. Freqüència consum dies feiners							83 Nombre habitual de consumicions (total diari)
	1 Cap dia feiner	2 Menys d'1 dia feiner per mes	3 1-3 dies feiners per mes	4 1 dia feiner per setmana	5 2 dies feiners per setmana	6 3 dies feiners per setmana	7 Tots els dies feiners	
1. Cervesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Vi, cava o similars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Cigalons ( <i>carajillos</i> ), vermut, xupitos i licors afruitats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Whisky, conyac, ginebra, vodka, rom, aiguardents, combinats i similars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

84. Durant el darrer any, i pensant només en els caps de setmana (divendres, dissabte i diumenge), amb quina freqüència ha consumit .....? *LLEGIU*

85. [En cas afirmatiu] En un cap de setmana en què ha begut ....., i comptant el consum TOTAL de divendres, dissabte i diumenge, quantes consumicions ha pres habitualment?

	84. Freqüència consum caps de setmana						85 Nombre habitual consumicions (total cap de setmana)
	1 Mai	2 Menys d'1 cap de setmana al mes	3 1 cap de setmana al mes	4 2 caps de setmana al mes	5 3 caps de setmana al mes	6 Tots els caps de setmana	
1. Cervesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Vi, cava o similars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Cigalons ( <i>carajillos</i> ), vermut, xupitos i licors afruitats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Whisky, conyac, ginebra, vodka, rom, aiguardents, combinats i similars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

86. Durant els darrers 12 mesos, amb quina freqüència ha pres 5 o més consumicions de begudes alcohòliques en una sola ocasió de consum?

1	<input type="checkbox"/>	Diàriament
2	<input type="checkbox"/>	Tres o 4 vegades per setmana
3	<input type="checkbox"/>	Una o 2 vegades per setmana
4	<input type="checkbox"/>	D'1 a 3 vegades al mes
5	<input type="checkbox"/>	Menys d'1 vegada al mes
6	<input type="checkbox"/>	Mai

## L. Visites mèdiques durant els últims 12 mesos

*Per a totes les persones entrevistades*

Les preguntes següents tracten sobre els contactes amb els serveis sanitaris, com ara les visites a metges/esses o altres professionals sanitaris o sociosanitaris, o les estades en un hospital

87. En els darrers 12 mesos, ha estat visitat per algun dels següents professionals sanitaris o sociosanitaris per motiu de la seva salut? **LLEGIU-LOS**

	1. Sí	2. No
1. Metge/essa de medicina general o de capçalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pediatre/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Optimetrista (òptic/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ginecòleg/oga ( <i>només dones</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psiquiatre/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Metge/essa d'una altra especialitat ( <i>al·lèrgologia, aparell digestiu, dermatologia, cirurgia, reumatologia, traumatologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, nefrologia, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Concretament, ha estat visitat per un Oftalmòleg/oga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Reumatòleg/oga i/o traumatòleg/oga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pneumòleg/oga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neuròleg/oga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oncòleg/oga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cardióleg/oga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Infermer/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Llevador/a ( <i>només dones</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Treballador/a social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Psicòleg/oga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Osteòpata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Farmacèutic/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Professionals de les medicines complementàries ( <i>homeòpata, naturista, acupuntor/a...</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Un altre professional. <i>Especifiqueu-lo ▼</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Per a totes les persones entrevistades*

88. Durant els DARRERS 15 DIES, ha estat visitat per un professional sanitari o sociosanitari per motiu de la seva salut?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

89. Durant els DARRERS 15 DIES, ha fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motiu de la seva salut?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

## M. Atenció primària

*Per a totes les persones entrevistades*

90. Hi ha cap metge/essa de capçalera o centre on acostuma a anar quan està malalt/a o necessita consells sobre la seva salut?

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► <i>passeu a pregunta 97</i> |

Les preguntes següents es refereixen a aquest metge/essa o centre

91. A quina modalitat d'assistència sanitària correspon aquest/a metge/essa?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al Servei Català de la Salut (sistema públic)                                       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A una assegurança sanitària privada a càrrec de la mútua obligatòria                |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A una assegurança sanitària privada concertada individualment o per la seva empresa |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Metge/essa particular   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la</i> ▼                                    |

92. El centre o lloc on l'atén aquest metge/essa és...

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Un centre d'atenció primària (CAP, ambulatori...) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Un centre d'especialitats mèdiques                |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Un consultori de metge/essa particular            |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Un hospital                                       |
| 5 | <input type="checkbox"/> | L'escola, col·legi o institut                     |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Un altre lloc. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼           |

93. Aproximadament, quantes vegades ha anat a aquest metge/essa en els darrers 12 mesos?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vegades
----------------------	----------------------	----------------------	---------

*Si no hi ha anat cap vegada ► passeu a pregunta 95*

95. Quant temps fa que té el mateix metge/essa de capçalera?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	anys	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mesos
----------------------	----------------------	------	----------------------	----------------------	-------

96. A continuació li faré unes preguntes sobre el seu metge/essa de capçalera o centre on acostuma a anar quan està malalt/a o necessita consells sobre la seva salut. Si us plau indiqui la MILLOR resposta possible. **LLEGIU LES POSSIBLES RESPOSTES**

	1 Sí, sens dubte	2 És probable que sí	3 És probable que no	4 No, en absolut	5 No ho sap No ho recorda
1. Quan té un problema de salut nou, va al seu metge/essa o centre abans d'anar a un altre lloc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Quan el seu centre és <i>obert</i> i vostè es posa malalt/a, el/la visita algú d'allà el mateix dia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quan el seu centre és <i>obert</i> , el/la poden aconsellar ràpidament per telèfon si cal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Quan va al seu centre, l'atén sempre el <i>mateix</i> metge/essa o infermer/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Quan el seu centre és tancat, hi ha cap número de telèfon on pot trucar quan està malalt/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si té cap pregunta, pot parlar-ne per telèfon amb el metge/essa o infermer/a que el/la coneix millor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El seu metge/essa sap quins problemes són més importants per a vostè?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Després d'anar a l'especialista, el seu metge/essa parla habitualment amb vostè sobre com ha anat la visita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El seu centre disposa d'un servei d'assessorament per a problemes de salut mental?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Recomanaria el seu metge/essa o centre a un amic o parent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## N. Atenció especialitzada

*Per a totes les persones entrevistades*

Les preguntes següents es refereixen a la darrera visita realitzada durant els últims 12 mesos a un metge/essa especialista o centre d'especialitats

97. Quin ha estat l'últim especialista que l'ha visitat/da durant els darrers 12 mesos?

<input type="checkbox"/> 0	No l'ha visitat cap especialista durant els 12 últims mesos ► <i>passeeu a pregunta 104</i>				
<input type="checkbox"/> 1	Al·lèrgologia	<input type="checkbox"/> 6	Endocrinologia	<input type="checkbox"/> 11	Pneumologia
<input type="checkbox"/> 2	Aparell digestiu (de l')	<input type="checkbox"/> 7	Nefrologia	<input type="checkbox"/> 12	Reumatologia
<input type="checkbox"/> 3	Cardiologia	<input type="checkbox"/> 8	Neurologia	<input type="checkbox"/> 13	Traumatologia
<input type="checkbox"/> 4	Cirurgia	<input type="checkbox"/> 9	Oftalmologia	<input type="checkbox"/> 14	Urologia
<input type="checkbox"/> 5	Dermatologia	<input type="checkbox"/> 10	Otorrinolaringologia	<input type="checkbox"/> 15	Una altra especialitat. <i>Especifiqueu-la ▼</i>

98. Qui li ha indicat la [última] visita a aquest metge/essa especialista?

<input type="checkbox"/> 1	El metge/essa de capçalera
<input type="checkbox"/> 2	El mateix especialista (en una visita anterior)
<input type="checkbox"/> 3	Un altre especialista
<input type="checkbox"/> 4	Hi ha anat per decisió pròpia
<input type="checkbox"/> 5	Una altra situació. <i>Especifiqueu-la ▼</i>

99. A quina modalitat d'assistència sanitària correspon aquest/a metge/essa especialista?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al Servei Català de la Salut (sistema públic)                                       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A una assegurança sanitària privada a càrrec d'una mútua obligatòria                |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A una assegurança sanitària privada concertada individualment o per la seva empresa |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Metge/essa particular   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la</i> ▼                                    |

100. El centre o lloc on atén aquest metge/essa especialista és...

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Un centre d'atenció primària (CAP, ambulatori....) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Un hospital (consultes externes)                   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Un centre d'especialitats mèdiques (CAP II o CAE)  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Un consultori d'un metge/essa privat.              |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Un altre lloc. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼            |

102. En aquesta última visita, li havien fet prèviament alguna prova diagnòstica com ara anàlisi de sang, radiografia, ecografia, TAC, ressonància, endoscòpia...?

- |   |                          |                                    |
|---|--------------------------|------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► <i>passeeu a pregunta 104</i> |

103. Qui va sol·licitar aquesta prova?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El metge/essa de capçalera                   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | El mateix metge/essa especialista            |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Un altre especialista                        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <i>Especifiqueu-la</i> ▼ |

## O. Atenció d'urgències i hospitalitzacions

*Per a totes les persones entrevistades*

104. Durant els últims 12 mesos, quantes vegades ha estat visitat/da o ha consultat un servei d'urgències?

vegades

► Si la resposta és 0 passeu a pregunta 106

La pregunta següent es refereix a la darrera visita a urgències dels últims 12 mesos

105. A quin lloc es va visitar o va fer la consulta?

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | A un hospital públic   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A un hospital privat   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Va trucar a un servei d'emergències mèdiques (061, 112, etc)         |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Centre d'atenció primària o Centre d'atenció continuada (ambulatori) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | A la consulta d'un metge/essa o a un centre privat                   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | A un altre lloc. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼                            |

*Per a totes les persones entrevistades*

106. Durant els últims 12 mesos, quantes vegades ha estat ingressat/da en un hospital com a mínim una nit? S'hi inclou si ha estat més de 24 hores en urgències.

vegades

Les preguntes del qüestionari de l'Enquesta de salut de Catalunya ja s'han acabat.

**Moltes gràcies per la seva col·laboració**

## P. FITXA D'OBSERVACIÓ (a omplir per l'enquestador/a)

200. Hora de finalització de l'entrevista

--	--	--	--

201. Durada total de l'entrevista en minuts

--	--

 minuts

202. Titular o substitut

1	<input type="checkbox"/>	Titular
2	<input type="checkbox"/>	Substitut núm. <input type="text"/>

203. Motiu pel qual s'ha emprat el qüestionari indirecte?

0	<input type="checkbox"/>	No s'ha utilitzat qüestionari indirecte	► passeu a pregunta 205
1	<input type="checkbox"/>	Incapacitat permanent de la unitat mostral	
2	<input type="checkbox"/>	Incapacitat temporal de la unitat mostral	
3	<input type="checkbox"/>	Persona gran amb dificultats	
4	<input type="checkbox"/>	Problemes d'idioma	
5	<input type="checkbox"/>	Menors de 15 anys	
6	<input type="checkbox"/>	Un altre motiu. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼	

204. La persona seleccionada, estava present durant l'entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	Es trobava en el domicili, però en una altra habitació
3	<input type="checkbox"/>	No hi era, al domicili

205. En quina llengua s'ha desenvolupat l'entrevista?

1	<input type="checkbox"/>	Català
2	<input type="checkbox"/>	Castellà
3	<input type="checkbox"/>	Català i castellà combinats
4	<input type="checkbox"/>	Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la</i> ▼

**Només si la persona entrevistada no es castellano o catalanoparlant**

206. La persona entrevistada, ha tingut algun problema de comprensió o d'expressió en la llengua en què s'ha realitzat l'entrevista?

	1. Cap dificultat	2. Alguna dificultat	3. Moltes dificultats
Català	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Castellà	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Per a totes les persones entrevistades**

207. Presència de terceres persones durant l'entrevista

1	<input type="checkbox"/>	Sense observadors	5	<input type="checkbox"/>	Fills grans (de més de 15 anys aproximadament)
2	<input type="checkbox"/>	Parella	6	<input type="checkbox"/>	Altres familiars
3	<input type="checkbox"/>	Pare/mare	7	<input type="checkbox"/>	Amics o veïns
4	<input type="checkbox"/>	Fills petits (fins a 15 anys aproximadament)	8	<input type="checkbox"/>	Altres persones (relació desconeguda)

208. Valori de l'1 (molt poc) al 10 (molt) l'actitud de la persona entrevistada respecte...

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. A la facilitat per donar respostes	<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"/>	<input type="checkbox"/>
2. Al grau de sinceritat	<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"/>	<input type="checkbox"/>

209. Hi ha alguna pregunta, la resposta de la qual pot ser poc fiable? En cas afirmatiu, quina o quines?

Pregunta / apartat	Pregunta / apartat	Pregunta / apartat	Pregunta / apartat	Pregunta / apartat
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

210. Lloc de realització de l'entrevista

1	<input type="checkbox"/>	Domicili (porta)	
2	<input type="checkbox"/>	Domicili (interior)	
3	<input type="checkbox"/>	Lloc de treball	<i>Si no s'ha observat el domicili de la persona entrevistada FINALITZEU</i>
4	<input type="checkbox"/>	Bar o similar	<i>Si no s'ha observat el domicili de la persona entrevistada FINALITZEU</i>
5	<input type="checkbox"/>	Carrer o exterior del domicili	<i>Si no s'ha observat el domicili de la persona entrevistada FINALITZEU</i>
6	<input type="checkbox"/>	Un altre lloc. <i>Especifiqueu-lo ▼</i>	<i>Si no s'ha observat el domicili de la persona entrevistada FINALITZEU</i>

211. Tipus d'habitatge on viu la persona entrevistada

1	<input type="checkbox"/>	Edifici de pisos amb ascensor
2	<input type="checkbox"/>	Edifici de pisos sense ascensor
3	<input type="checkbox"/>	Casa unifamiliar adossada
4	<input type="checkbox"/>	Casa unifamiliar entremitgera
5	<input type="checkbox"/>	Casa unifamiliar aïllada
6	<input type="checkbox"/>	Un altre tipus. <i>Especifiqueu-lo ▼</i>

212. A quina planta viu?

213. Existeix algun tram d'escaleres per accedir a la porta de l'edifici, sense rampa ni barana adaptada ni cap altre sistema d'ascens/descens automàtic?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

214. Existeix algun tram d'escaleres dins del portal abans de l'ascensor o des de l'ascensor fins a la porta de l'habitatge sense rampa ni barana adaptada ni cap altre sistema d'ascens/descens automàtic?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No

215. Com definiria, a primera vista el nivell d'habitabilitat i salubritat de l'habitatge on viu la persona entrevistada?

1	<input type="checkbox"/>	Correcte
2	<input type="checkbox"/>	Deficient
3	<input type="checkbox"/>	Molt deficient

216. Observacions

217. Enquestador/a