

# ESCA contínua – onada 3

## Qüestionari general

Població de 15 anys i més

Onada	3	Semestre 2 - 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 de ser completa i verídica.

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



## A. Context familiar (I)

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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mes	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Any	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
-----	----------------------	----------------------	-----	----------------------	----------------------	-----	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## 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.*

*Se n'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'hi 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>Passeu a la 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 els 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 tres en tres.*

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 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 feina 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/osa o deprimit/ida.   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Està moderadament ansiós/osa o deprimit/ida.   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Està molt ansiós/osa o deprimit/ida.   |

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 cinc en cinc.*

- |   |                          |                                    |
|---|--------------------------|------------------------------------|
| 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 feina 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 deprimít/ida.           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Està lleument ansiós/osa o deprimít/ida.      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Està moderadament ansiós/osa o deprimít/ida.  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Està molt ansiós/osa o deprimít/ida.          |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Està extremadament ansiós/osa o deprimít/ida. |

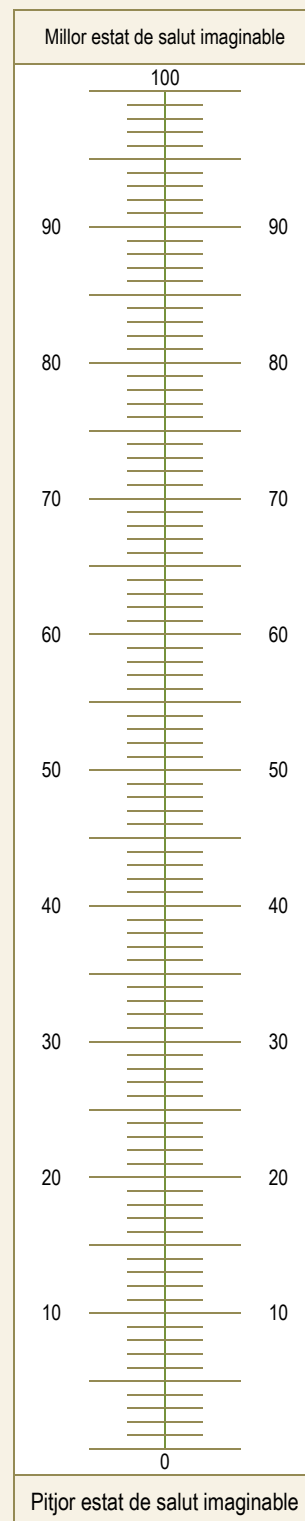
40b. Ens pot indicar, en aquesta escala que sembla un termòmetre, la seva opinió sobre el seu estat de salut en general en el dia d'avui. El 100 representa el millor estat de salut imaginable i el 0 el pitjor estat de salut imaginable.

*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



Ara li faré una pregunta molt semblant a una altra anterior...

37b. Com diria vostè que és la seva salut en general? *Llegiu-ho.*

1	<input type="checkbox"/>	Molt bona
2	<input type="checkbox"/>	Bona
3	<input type="checkbox"/>	Regular
4	<input type="checkbox"/>	Dolenta
5	<input type="checkbox"/>	Molt dolenta

## 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 o sucre a la sang	<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"/>
15. Osteoporesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Problemes de pròstata ( <i>només homes</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Incontinència urinària (pèrdues involuntàries d'orina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Restrenyiment crònic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Úlcera d'estómac o de duodè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Problemes crònics de pell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Problemes de tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Depressió i/o ansietat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Altres trastorns mentals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Embòlia/atac de feridura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Infart de miocardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Altres malalties del cor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tumors malignes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Un altre trastorn crònic. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les preguntes que li 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 en els 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 (exclosa la 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*

► *passeu a la pregunta 46a*

45. On va tenir lloc l'accident? *Si n'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 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 feina de la llar 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 la 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. 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 té 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/ada 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/ida?	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, autonomia personal i suport social

*Per a totes les persones entrevistades*

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

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, greument limitat/ada                        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, limitat/da però no greument                 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No limitat/ada ► <i>Passeu a la 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'oïda, 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 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 – <i>exceptuant els analfabets i les persones amb problemes de visió</i> – 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/ada 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 la feina de la llar, administrar els diners o telefonar sense ajut d'una altra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. <i>Si la persona és menor de 65 anys ► passeu a la pregunta 60 (si té entre 60 i 64 anys) o a la pregunta 61</i>

**Per a totes les persones de 65 anys i més i per a 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. L'ajuda algú a fer-ho?

	54. Dificultats i necessitat d'ajut				55. L'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 (només homes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pentinar-se (només dones)	<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 la feina de llar rutinària (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'ajut d'altri (han contestat 1 o 2 a tots els ítems de la pregunta 54) ► passeu a la pregunta 58

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

56. En relació amb les activitats per a les quals necessita suport, de qui rep ajuda principalment? No ho llegiu.

- |   |                          |   |                           |
|---|--------------------------|---|---------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No rep ajut de ningú  | ► Passeu a la pregunta 58 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | De la parella   |                           |
| 3 | <input type="checkbox"/> | D'altres familiars (fill/a, nora / gendre, pare / mare, etc.). Especifiqueu-los ▼ |                           |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De veïns o coneguts   |                           |
| 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. Especifiqueu-la ▼  |                           |

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

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

*Per a totes les persones sense autonomia personal*

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

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, de manera habitual (setmanalment o mensualment) |
| 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/ada 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  |

## 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 a 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 la 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 ( <i>Va rebre una carta.</i> ) |
| 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/ada  |
| 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 |

## Mòdul sobre benestar psicològic

*Per a totes les persones entrevistades*

BP1. A continuació li llegiré algunes afirmacions sobre sentiments i pensaments. Per cada afirmació, digui'ns la resposta que descriu millor com s'ha sentit vostè en les darreres 2 setmanes. *Mostreu la targeta amb les categories de resposta.*

	1. Mai	2. Molt poques vegades	3. Algunes vegades	4. Sovint	5. Sempre
1. S'ha sentit optimista respecte al futur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. S'ha sentit útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. S'ha sentit relaxat/ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ha sentit interès pels altres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ha tingut energia de sobres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha afrontat bé els problemes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ha pogut pensar amb claredat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. S'ha sentit bé amb vostè mateix/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. S'ha sentit proper/a a altres persones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. S'ha sentit segur/a (amb confiança)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ha estat capaç de prendre les seves pròpies decisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. S'ha sentit estimat/ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. S'ha interessat per coses noves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. S'ha sentit alegre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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/uda 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 la 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 marcials, 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 la 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 la pregunta 76.

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

minuts/dia

## K. Estils de vida: tabac i alcohol

*Per a totes les persones entrevistades*

81. De les situacions següents, 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 la pregunta 83 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3. Actualment fuma cada dia                              | ► Passeu a la pregunta 76 |

82. 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*

83. 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 és procedent (no treballa o treballa sol/a) |

*Per a totes les persones exfumadores, fumadores ocasionals i no fumadores*

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

persones

85. 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?

86. 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 i 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.

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

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

	76. Freqüència de consum els dies feiners							77 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 Cada dia feiner	
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, xopets 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"/>	.....

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

79. [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?

	78. Freqüència de consum els caps de setmana						79 Nombre habitual de consumicions (total del 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 Cada cap 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, xopets 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"/>	.....

80. 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"/>	3 o 4 vegades per setmana
3	<input type="checkbox"/>	1 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 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 motius de 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. Optometrista (òptic/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ginecòleg/òloga ( <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, otorinolaringologia, 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/òloga i/o traumatòleg/òloga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pneumòleg/òloga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neuròleg/òloga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Oncòleg/òloga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cardióleg/òloga	<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/òloga	<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 motius de 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 motius de 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 salut?

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

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

91. A quina modalitat d'assistència sanitària pertany 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 la 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 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 obert 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 obert, 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 mateix 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/ada durant els darrers 12 mesos?

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

98. Qui li ha indicat l'última visita a aquest metge/essa especialista?

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

99. A quina modalitat d'assistència sanitària pertany 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>Passeu a la 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/ada o ha consultat un servei d'urgències?

  vegades

► Si la resposta és 0, passeu a la 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/ada en un hospital com a mínim una nit? *S'hi inclou si ha estat més de 24 hores a urgències.*

  vegades

Si la persona entrevistada té menys de 18 anys ► passeu a les preguntes del bloc A.Context familiar (II)

## Mòdul sobre voluntats anticipades

*Només per a persones que tenen 18 anys i més*

Per finalitzar l'enquesta li farem unes preguntes sobre com vol ser tractat davant d'una malaltia greu i com afrontar els últims moments de la vida en cas de no trobar-se en condicions d'expressar la seva voluntat.

VA1. En el cas de patir una malaltia que en un termini breu de temps l'ha de conduir a la mort, fins a quin punt seria important per a vostè..... Valori-ho del 0 (gens important) al 10 (molt important).

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ser informat/ada adequadament dels aspectes més rellevants de la seva malaltia.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
2. Poder participar de manera anticipada en la planificació de l'atenció sanitària a rebre.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
3. Evitar qualsevol tipus de patiment físic o psíquic en l'últim tram de la vida.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
4. Poder disposar de la seva vida i acabar amb ella quan ho cregui convenient.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nomenar un representant perquè, quan vostè no pugui expressar la seva voluntat, l'expressi en nom seu.	<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"/>	<input type="checkbox"/>
6. Poder parlar obertament de la seva malaltia amb la seva família i el seu entorn.	<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"/>	<input type="checkbox"/>

VA 2. Ha sentit parlar del document de voluntats anticipades o testament vital?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No ► Passeu a la pregunta VA4.

VA 3. Ha redactat un document de voluntats anticipades o testament vital?

- 1 ☐ Sí ► Passeu a la pregunta VA6.
- 2 ☐ No

***Si no ha sentit parlar del DVA (pregunta VA2 = 2 - no) ► Llegiu:***

El document de voluntats anticipades és un document en el qual una persona manifesta instruccions sobre l'assistència sanitària que desitja rebre quan no es trobi en condicions d'expressar la seva voluntat.. Es tracta de garantir el dret a una mort digna, fins i tot si la persona no es pot expressar al respecte en aquell moment. Els professionals sanitaris i el sistema sanitari estan obligats a tenir-lo en compte i a aplicar-lo d'acord amb el que estableix la llei.

VA 4. Creu que és probable que faci un document de voluntats anticipades o testament vital al llarg del proper any?

- 1 ☐ Sí ► Passeu a la pregunta VA6
- 2 ☐ No

VA 5. Creu que és probable que faci un document de voluntats anticipades o testament vital en algun moment de la vida?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

VA 6. Independentment que hi hagi pensat o fet un document de voluntats anticipades, fins a quin punt el considera útil i necessari? Valori-ho del 0 (*gens útil ni necessari*) al 10 (*totalment útil i necessari*)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>	<input type="checkbox"/>

VA 7. Creu que algun metge o professional sanitari l'hauria d'ajudar a planificar i redactar un document de voluntats anticipades?

- 1 ☐ Sí
- 2 ☐ No

## A. Context familiar (II)

*Per a totes les persones entrevistades*

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

persones

*Si només hi viu una persona ► passeu a la pregunta 11*

*Les preguntes següents s'han de formular per cada un dels membres de la llar. 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 / àvia | 9. Sogre / sogra        |
| 2. Fill/a                           | 6. Nét/a      | 10. Gendre / nora       |
| 3. Espòs/osa o parella              | 7. Germà/ana  | 11. Altres familiars    |
| 4. Pare / mare                      | 8. Cunyat/ada | 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?

Membres de la llar	Persona entrevistada	4. Parentiu	5. Sexe	6. Edat	7. Discapacitat/da	8. Cuidador/a principal a la llar
Membre 1	<input type="checkbox"/>	1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 2	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 3	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 4	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 5	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 6	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 7	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 8	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 9	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membre 10	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
2. No

*Només per a persones que no viuen soles*

3b. Si vostè té en compte totes les persones que viuen habitualment a la seva llar, quina diria que és l'estructura familiar de la seva llar?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Matrimoni o parella sense fills                           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Matrimoni o parella amb fills                             |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Monoparental: pare o mare amb fills i sense parella       |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Dues o més persones sense relació de parentiu entre elles |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Llar amb dos o més nuclis                                 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No classificable  |

*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.*

*Marqueu la resposta tant en la taula que hi ha a continuació com en la taula familiar quan hi hagi convivència a la mateixa llar.*

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La seva parella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vostè, juntament amb la seva parella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vostè, juntament amb una altra persona que no és la seva parella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vostè, juntament 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	<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 la feina de la llar 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, juntament amb la seva parella
4	<input type="checkbox"/>	Vostè, juntament amb algú altre que no és la seva parella
5	<input type="checkbox"/>	Vostè, juntament 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 la feina de la llar com ara netejar, planxar, cuinar, etc. durant un dia feiner?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hores / dia feiner
----------------------	----------------------	--------------------

13. I durant el cap de setmana?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	hores / cap de setmana sencer (dissabte i diumenge)
----------------------	----------------------	---



## 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/ada     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Vidu / vídua  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Separat/ada   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Divorciat/ada |

15. Quina nacionalitat té vostè?

- |   |                          |                                   |   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Epanyola                          |   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Epanyola i una altra d'estrangera | Especifiqueu-ne el país en cas de nacionalitat estrangera |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Estrangera                        |   |

16. On va néixer vostè?

- |   |                          |   |                           |                                |
|---|--------------------------|---|---------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al mateix municipi de residència                  | ► Passeu a la pregunta 18 |                                |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un altre municipi de Catalunya                 | ► Passeu a la pregunta 18 | Especifiqueu-ne el municipi ▼  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En un altre municipi d'Espanya, fora de Catalunya | ► Passeu a la pregunta 18 | Especifiqueu-ne la província ▼ |
| 4 | <input type="checkbox"/> | A l'estranger                                     |                           | Especifiqueu-ne el país ▼      |

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

17. 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 completa (LOGSE) 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 amb el pla nou, PREU o COU           |
| 6  | <input type="checkbox"/> | FP de grau mitjà: oficialia industrial, FP I, cicles formatius de grau mitjà                             |
| 7  | <input type="checkbox"/> | FP de grau superior: mestratge industrial, FP II, 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  |                           |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Treballa, però té una baixa laboral de més de 3 mesos |                           |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Aturat/ada amb subsidi / prestació                    | ► Passeu a la pregunta 21 |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Aturat/ada sense subsidi / prestació                  | ► Passeu a la pregunta 21 |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Feina de la llar (mestre/essa de casa)                | ► Passeu a la pregunta 22 |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiant   | ► Passeu a la pregunta 22 |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitat/ada o amb invalidesa permanent            | ► Passeu a la pregunta 22 |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilat/ada per raó d'edat                            | ► Passeu a la pregunta 23 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilat/ada de forma anticipada                       | ► Passeu a la pregunta 23 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <i>Especifiqueu-la</i> ▼          | ► Passeu a la pregunta 22 |

*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-ho.*

- |   |                          |                 |
|---|--------------------------|-----------------|
| 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. Quant de temps fa que està aturat/ada ininterrompudament?




Mesos

► Si la persona aturada té prestació econòmica (preg. 19 resposta 3) passar a la pregunta 23.

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

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

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

► Passeu a la 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-ho.*

- |    |                          |  |
|----|--------------------------|--|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionari/ària  |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Assalariat/ada 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 (d'obra o servei determinat, 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   |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresari/ària amb menys de 10 treballadors  |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresari/ària amb 10 o més treballadors   |
| 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 entrevistada és la persona de referència de la llar

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

*Només per a les persones de referència que estan a l'atur sense prestació, persones que fan feina de la llar, estudiants o persones 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, hi havia treballat abans?

- |   |                          |                              |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                           |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► Passeu a la 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 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 la targeta o llegiu-ne els 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 ptes.)     |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menys de 300 € (Menys de 50.000 ptes.)          | 8  | <input type="checkbox"/> | De 1.801 a 3.000 € (De 300.001 a 500.000 ptes.)     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | De 301 a 600 € (De 50.001 a 100.000 ptes.)      | 9  | <input type="checkbox"/> | De 3.001 a 6.000 € (De 500.001 a 1.000.000 ptes.)   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De 601 a 900 € (De 100.001 a 150.000 ptes.)     | 10 | <input type="checkbox"/> | De 6.001 a 9.000 € (De 1.000.000 a 1.500.000 ptes.) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De 901 a 1.200 € (De 150.001 a 200.000 ptes.)   | 11 | <input type="checkbox"/> | Més de 9.000 € (Més de 1.500.000 ptes.)             |
| 6 | <input type="checkbox"/> | De 1.201 a 1.500 € (De 200.001 a 250.000 ptes.) | 88 | <input type="checkbox"/> | No ho sap   |

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 (l'ha d'emplenar l'enquestador/a)

200. Hora de finalització de l'entrevista

--	--	--	--

201. Durada total de l'entrevista en minuts

--	--

 minuts

202. Titular o substitut/a

1	<input type="checkbox"/>	Titular
2	<input type="checkbox"/>	Substitut/a 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 la 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 era al domicili

205. En quina llengua s'ha fet 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> ▼

206. La persona entrevistada, ha tingut algun problema de comprensió o d'expressió en la llengua en què s'ha fet 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"/>

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 del 0 (*molt poc*) al 10 (*molt*) l'actitud de la persona entrevistada respecte...

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. A l'interès en respondre l'enquesta	<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"/>	<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                         |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Bar o similar                           |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Carrer o exterior del domicili          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Un altre lloc. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼ |

*Si no s'ha observat el domicili de la persona entrevistada, finalitzeu.*

*Si no s'ha observat el domicili de la persona entrevistada, finalitzeu.*

*Si no s'ha observat el domicili de la persona entrevistada, finalitzeu.*

*Si no s'ha observat el domicili de la persona entrevistada, finalitzeu.*

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 entremetgera            |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Casa unifamiliar aïllada                 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Un altre tipus. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼ |

212. A quina planta viu?

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

213. Hi ha 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. Hi ha 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