

# ESCA contínua – onada 3

## Qüestionari de menors

Població de 0 a 14 anys

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)

Les preguntes que li farem a continuació es referiran sempre a ..... [nom de la persona seleccionada]. Vostè, per tant, ens ha de contestar en nom d'aquest nen/a, tot i que també li demanarem informació sobre les persones que viuen amb ell i l'habitatge on resideix.

### 1. Anoteu el sexe del nen/a

- |   |                          |      |
|---|--------------------------|------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Nen  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Nena |

### 2. Quina és la data de naixement completa (dia, mes i any) del nen/a?

Dia   Mes   Any

### M2. Es vostè la persona que s'ocupa principalment de la cura del nen/a? En cas afirmatiu, se n'ocupa majoritàriament sol/a o rep ajut d'altres persones?

- |   |                          |                                           |                                                                                         |
|---|--------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, majoritàriament sol/a                 | ► Passeu a la pregunta A (si la persona informadora no viu a la llar) o 34 (si hi viu). |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, amb ajut d'altres persones            | ► Passeu a la pregunta A (si la persona informadora no viu a la llar) o 34 (si hi viu). |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No se n'ocupa habitualment                |                                                                                         |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una altra opció. <b>Especifiqueu-la ▼</b> |                                                                                         |

### Només per a les persones informadores que no s'ocupen habitualment de la cura del nen/a

### M3. Quina és la persona que s'ocupa principalment de la cura del nen/a?

- |   |                          |                    |    |                          |                                                         |
|---|--------------------------|--------------------|----|--------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Pare               | 6  | <input type="checkbox"/> | Germana                                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Mare               | 7  | <input type="checkbox"/> | Avi                                                     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Parella de la mare | 8  | <input type="checkbox"/> | Àvia                                                    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Parella del pare   | 9  | <input type="checkbox"/> | Un altre familiar. <b>Especifiqueu-lo ▼</b>             |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Germà              | 10 | <input type="checkbox"/> | Una altra persona no familiar. <b>Especifiqueu-la ▼</b> |

### Persones informadores que NO viuen a la llar

Ara li faré unes preguntes a vostè [preguntes referides a la persona informadora].

### A. Anoteu el sexe de la persona informadora sense preguntar-ho.

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

### B. Quina edat té vostè?

anys

### C. Quina relació té vostè amb el nen/a? Vostè és ..... de ..... [nom]?

- |   |                          |                                             |
|---|--------------------------|---------------------------------------------|
| 4 | <input type="checkbox"/> | Pare / mare                                 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Un altre familiar. <b>Especifiqueu-lo ▼</b> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Tutor/a o responsable no familiar           |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Una persona dels serveis socials            |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Una persona contractada                     |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Una altra relació. <b>Especifiqueu-la ▼</b> |

## C. Cobertura sanitària

Per a tots els infants

**34. El nen/a té dret a l'assistència sanitària mitjançant alguna d'aquestes entitats?** *Llegiu-les. Se n'exclouen les mútues obligatòries d'accidents escolars o les de federacions esportives. Les tres primeres categories són excloents.*

	1. Sí	2. No	8. No ho sap
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. <b>Especifiqueu-la</b> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**35. Durant els últims 12 mesos, quina modalitat de serveis sanitaris ha utilitzat més freqüentment el nen/a?** *Llegiu-les. S'hi inclouen les mútues obligatòries d'accidents 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 l'empresa dels pares
5	<input type="checkbox"/>	Metges particulars
6	<input type="checkbox"/>	Una altra possibilitat. <b>Especifiqueu-la</b> ▼

**36. Quin grau de satisfacció té amb aquests serveis sanitaris que el nen/a 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 tots els infants

A continuació, li farem unes preguntes referents a l'estat de salut i benestar de ... [nom].

**37. Com diríeu que és la salut de ... [nom] 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 ... [nom] sense roba?**

quilos

**39. Aproximadament, quants centímetres amida ... [nom] sense sabates?**

centímetres

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

37b. Com diríeu que és la salut de ... [nom] 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

Si el nen o nena té menys de 6 anys ► passeu a la pregunta 41

**Només per a nens i nenes de 6 anys i més**

Ara li farem unes preguntes sobre com s'ha trobat ... [nom] durant l'ÚLTIMA SETMANA

M28. Amb quina freqüència, durant la última setmana, diria vostè que el nen/a...

	1. Gens	2. Una mica	3. Moderadament	4. Molt	5. Moltíssim
1. ... s'ha sentit bé i en forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... s'ha sentit ple/plena d'energia?	1. Mai <input type="checkbox"/>	2. Gairebé mai <input type="checkbox"/>	3. Algunes vegades <input type="checkbox"/>	4. Gairebé sempre <input type="checkbox"/>	5. Sempre <input type="checkbox"/>
3. ... s'ha sentit trist/a?	1. Mai <input type="checkbox"/>	2. Gairebé mai <input type="checkbox"/>	3. Algunes vegades <input type="checkbox"/>	4. Gairebé sempre <input type="checkbox"/>	5. Sempre <input type="checkbox"/>
4. ... s'ha sentit sol/a?	1. Mai <input type="checkbox"/>	2. Gairebé mai <input type="checkbox"/>	3. Algunes vegades <input type="checkbox"/>	4. Gairebé sempre <input type="checkbox"/>	5. Sempre <input type="checkbox"/>
5. ... ha tingut prou temps per a ell/a?	1. Mai <input type="checkbox"/>	2. Gairebé mai <input type="checkbox"/>	3. Algunes vegades <input type="checkbox"/>	4. Gairebé sempre <input type="checkbox"/>	5. Sempre <input type="checkbox"/>
6. ... ha pogut triar què fer en el seu temps lliure?	1. Mai <input type="checkbox"/>	2. Gairebé mai <input type="checkbox"/>	3. Algunes vegades <input type="checkbox"/>	4. Gairebé sempre <input type="checkbox"/>	5. Sempre <input type="checkbox"/>
7. ... els seus pares l'han tractat de forma justa?	1. Mai <input type="checkbox"/>	2. Gairebé mai <input type="checkbox"/>	3. Algunes vegades <input type="checkbox"/>	4. Gairebé sempre <input type="checkbox"/>	5. Sempre <input type="checkbox"/>
8. ... s'ha divertit amb els seus amics o amigues?	1. Mai <input type="checkbox"/>	2. Gairebé mai <input type="checkbox"/>	3. Algunes vegades <input type="checkbox"/>	4. Gairebé sempre <input type="checkbox"/>	5. Sempre <input type="checkbox"/>
9. ... li ha anat bé a l'escola?	1. Gens <input type="checkbox"/>	2. Una mica <input type="checkbox"/>	3. Moderadament <input type="checkbox"/>	4. Molt <input type="checkbox"/>	5. Moltíssim <input type="checkbox"/>
10. ... ha pogut parar atenció?	1. Mai <input type="checkbox"/>	2. Gairebé mai <input type="checkbox"/>	3. Algunes vegades <input type="checkbox"/>	4. Gairebé sempre <input type="checkbox"/>	5. Sempre <input type="checkbox"/>

Les preguntes següents es refereixen a les 4 ÚLTIMES SETMANES.

M29. Durant les 4 últimes setmanes, quantes vegades ... [nom]...

	1. Mai	2. Gairebé mai	3. Algunes vegades	4. Gairebé sempre	5. Sempre
1. ... ha fet coses perilloses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... li ha dit a algú que li pegaria?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... ha estat desobedient per sortir-se amb la seva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... ha estat amb nens o nenes que acostumen a ficar-se en embolics?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... s'ha ficat amb altres nens o nenes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... s'ha ficat en embolics a l'escola?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... s'ha portat bé amb el seu professor o professora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... s'ha distret molt a classe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E. Morbiditat i accidents

Per a tots els infants

41. Té ... [nom] alguna malaltia o problema de salut crònic?

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

M30. El nen/a pateix o el seu metge/essa li ha dit que ha patit algun d'aquests trastorns de salut? *Llegiu-los.*

	1. Sí	2. No
1. Diabetis o sucre a la sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Al·lèrgies cròniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Restrenyiment crònic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tumors malignes, leucèmia, limfoma, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bronquitis de repetició	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otitis de repetició	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Infeccions urinàries de repetició	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Retard de creixement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Epilèpsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Algun tipus de malformació congènita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Deficiència visual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Deficiència auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Defecte de la parla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Algun trastorn o retard mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trastorn de la conducta, hiperactivitat, dèficit d'atenció, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Convulsions febrils	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Enuresi (es fa pipí al llit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Un altre trastorn. <i>Especifiqueu-lo ▼</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

43. Durant els últims 12 mesos ... [nom] ha tingut algun accident com ara.....? *Llegiu-los.*

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

	43. Accidents 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 ha tingut més d'un, referiu-vos 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 tots els infants*

**46a. De la llista següent, quins medicaments ha pres ... [nom] 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/a o l'ha pres per iniciativa del pare, mare o tutor/a?**

	1. No	2. Sí Receptat pel metge/essa per a aquest cas específic	3. Sí Aconsellat pel farmacèutic/a	4. Sí Per iniciativa dels pares o tutors
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"/>
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"/>
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"/>
16. Laxants	<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"/>
22. Medicaments homeopàtics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Plantes medicinals comprades en 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"/>

Si el nen/a té menys de 3 anys

► passeu a la pregunta 46c

**Només per a infants de 3 anys i més**

**46b. Durant els últims 12 mesos, el nen/a ha tingut algun impediment o dificultat per anar a l'escola 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 |

**Per a tots els infants**

**46c. Durant els últims 12 mesos ... [nom] ha hagut de restringir o disminuir les seves activitats habituals com ara sortir a passeig, fer esport, jugar, etc. per algun problema de salut crònic?**

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

*Els infants que han contestat NO a les preguntes 46b i/o 46c ► passeu a la pregunta M31 (si el nen/a té 4 anys i més) o a la pregunta 48 (si el nen/a té menys de 4 anys)*

**Només per als qui han contestat SÍ a les preguntes 46b i/o 46c**

**46d. Quin ha estat el problema de salut més important que ha causat a ... [nom] aquesta limitació?**

## G. Salut mental

**Només per a infants de 4 anys i més**

**A continuació, li farem unes preguntes sobre el comportament de ... [nom] durant els ÚLTIMS 6 MESOS.**

**M31. Respongui si és cert o no que, durant els últims 6 mesos, el nen/a...**

	1. No és cert	2. Més o menys cert	3. Absolutament cert
1. Respecta els sentiments d'altres persones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Està inquiet/a, hiperactiu/iva, no pot estar-se quiet/a durant molt de temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Es queixa amb freqüència de mal de cap, d'estómac o de nàusees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comparteix de seguida amb altres nens caramels, joguines etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Té sovint atacs de nervis o és irascible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. És més aviat solitari/ària i tendeix a jugar sol/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Generalment és obediènt, sol fer el que li demanen els adults	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Té moltes preocupacions, sovint sembla preocupat/ada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ajuda quan algú ha pres mal o es troba malament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Està movent-se contínuament, dóna toms sense parar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Té com a mínim un bon amic o amiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es baralla amb freqüència amb altres nens o els amenaça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sovint està infeliç, està trist/a o amb ganes de plorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. En general, és estimat/ada pels altres nens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es distreu amb facilitat, no es concentra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Es posa nerviós/osa en situacions noves, perd fàcilment la confiança en ell/a mateix/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. És amable amb nens més petits	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sovint menteix o enganya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. És amenaçat/ada o molestat/ada per altres nens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sovint s'ofereix a ajudar (els pares, els mestres, altres nens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Pensa abans d'actuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Roba coses de casa, de l'escola o d'altres llocs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Es comporta millor amb adults que amb altres nens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Té moltes pors, s'espanta fàcilment	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Acaba el que comença, té bona concentració	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## H. Discapacitats

Per a tots els infants

**48. Durant almenys els últims 6 mesos, en quina mesura ... [nom] s'ha vist limitat/ada a causa d'un problema de salut per realitzar les activitats que els nens de la seva edat fan habitualment?**

- |   |                          |                                                 |
|---|--------------------------|-------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, greument limitat/ada                        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, limitat/ada 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 saber si ... [nom] té alguna limitació greu o discapacitat que l'afecti de manera permanent per fer les seves activitats quotidianes (en relació amb el que fan nens de la seva edat). Se n'exceptuen els casos dels nadons i dels infants que, per la seva edat, no poden realitzar algunes de les activitats proposades com ara llegir o escriure, entendre signes gràfics, sortir, menjar, rentar-se sols, etc**

	1. Sí	2. No	0. NP
1. ... [nom] té alguna limitació greu a la vista, que li impossibiliti mirar 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"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... [nom] 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"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... [nom] 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 diu el nen/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... [nom] té alguna limitació greu de comunicació per escriure o llegir o per fer i entendre signes gràfics com ara senyals de trànsit o les hores del rellotge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Per problemes físics de mobilitat, ... [nom] té una limitació greu per sortir de casa si no va acompanyat/ada d'una altra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... [nom] 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"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... [nom] 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"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... [nom] 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"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... [nom] 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"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... [nom] 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"/>	<input type="checkbox"/>

**52b. El nen/a porta.....? Llegiu-los.**

	1. Sí	2. No
1. Ulleres o lents de contacte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Aparell corrector de l'audició o audiòfon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

### Per a tots els infants

**M32. Quina edat tenia ... [nom] quan va rebre per última vegada llet materna?**

mesos   dies

888. Encara rep llet materna

Si no n'ha rebut mai ► anoteu 0

**67. Quantes racions de fruita i/o verdura menja diàriament ... [nom]?**

racions diàries

888. Encara no pren fruita o verdura

### Només per a infants de 3 anys i més

**68. Durant els darrers 7 dies, quantes vegades ha fet el nen/a 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"/>

**M33. Durant els darrers 7 dies, quants vegades ha pres el nen/a .....?**

	1. Més d'un cop al dia	2. Cada dia	3. De 4 a 6 vegades	4. D'1 a 3 vegades	5. Cap vegada
1. ... menjar ràpid, com ara pollastre fregit, pizzes, hamburgueses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... begudes amb sucre, com ara refrescs amb sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... productes amb sucre, com pastes, donuts, bollicaos, caramels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... piscois o menjars salats, com ara patates fregides, galetes salades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Només per a infants de 5 anys i més

**M34. Habitualment, amb quina freqüència ... [nom] es raspalla les dents?**

- |   |                          |                                                                      |
|---|--------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Més d'una vegada al dia, després de cada àpat (3 o 4 vegades al dia) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Més d'una vegada al dia, però no després de cada àpat                |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Una vegada al dia, al matí                                           |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una vegada al dia, al migdia                                         |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una vegada al dia, a la nit                                          |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Més d'una vegada a la setmana, però no cada dia                      |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Ocasionalment                                                        |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Mai                                                                  |

**Només per a infants de 6 anys i més**

**M35. Durant les 4 últimes setmanes, quants dies el nen/a .....**

	1. Cap dia	2. Molt pocs dies	3. Alguns dies	4. Gairebé cada dia	5. Cada dia
1. ... ha participat en jocs d'esforç físic o esports?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... ha fet esport o exercici fins quedar-se sense alè o suar molt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... ha correut molt mentre jugava o feia esport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... ha tingut dificultat per caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... ha tingut dificultat per pujar escales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... ha tingut dificultat per córrer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Només per a infants de 3 anys i més**

**M36. Durant la setmana passada, quants dies va fer el nen/a alguna de les següents activitats de lleure?**

**M37. En cas afirmatiu, durant quants minuts en total cada dia?**

	Dies	Minuts/dia
1. Activitats extraescolars esportives	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Activitats extraescolars no esportives (música, dansa, idiomes, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Mirar la televisió	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Jugar amb videojocs, ordinador o Internet	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Jugar al parc o al carrer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Una altra activitat de lleure. <i>Especifiqueu-la ▼</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>		

## K. Estils de vida: exposició al fum de tabac

**Per a tots els infants**

**84. Quantes persones fumen habitualment dins de casa de ... [nom]?**

persones

**85. Fora de casa, quant temps al dia passa ... [nom] de mitjana, 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"/>

## L. Visites mèdiques durant els últims 12 mesos

*Per a tots els infants*

Les preguntes següents tracten sobre els contactes amb els serveis sanitaris que ha tingut ... [nom], com ara les visites al metge o altres professionals sanitaris o sociosanitaris, o les estades en un hospital

87. En els darrers 12 mesos, ... [nom] ha estat visitat/ada 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. Optometrista (òptic/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dentista	<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, ginecologia, etc.</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Concretament, ha estat visitat per un oftalmòleg/òloga	<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"/>
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"/>

88. Durant els darrers 15 dies, ... [nom] ha estat visitat/ada per un professional sanitari o sociosanitari per motiu de la seva salut?

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

89. Durant els darrers 15 dies, heu fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motiu de la salut de ... [nom]?

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

## M. Atenció primària

*Per a tots els infants*

90. Hi ha cap metge/essa de capçalera o pediatra o centre on acostumeu a portar a ... [nom] quan està malalt/a o quan necessita consells sobre la seva salut?

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

► Passeu a la pregunta 97.

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

91. A quina modalitat d'assistència sanitària correspon aquest 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 l'empresa dels pares |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Metge/essa particular                                                                    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <b>Especifiqueu-la</b> ▼                                         |

92. El centre o lloc on 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 (CAP II o CAE)  |
| 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. <b>Especifiqueu-lo</b> ▼            |

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

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

 vegades

95. Quant temps fa que ... [nom] té el mateix pediatre/a o metge/essa de capçalera?

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

**96. A continuació, li farà unes preguntes sobre el pediatre/a o metge/essa de capçalera o centre al que porteu habitualment a ... [nom] quan està malalt/a o necessita consells sobre la seva salut. Si us plau, indiqueu la MILLOR resposta possible.**

	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 el nen/a 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 ... [nom] 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 centre de ... [nom] 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 porta el nen/a al 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 centre de ... [nom] és tancat, hi ha cap número de telèfon on pot trucar quan el nen/a es posa 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 coneix millor el nen/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. El metge/essa de ... [nom] sap quins problemes són més importants per a vostè i la seva família?	<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 ... [nom] sobre com ha anat la visita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. El centre de ... [nom] 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 metge/essa o centre de ... [nom] 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 tots els infants*

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

**97. Quin ha estat l'últim especialista al qual heu portat a ... [nom] durant els darrers 12 mesos?**

0	<input type="checkbox"/>	No ha visitat cap especialista durant els 12 últims mesos ► <i>Passeu a la pregunta 104.</i>			
1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	11	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	12	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	13	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	14	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>	15	<input type="checkbox"/>

Al·lèrgologia      Endocrinologia      Pneumologia  
 Aparell digestiu      Nefrologia      Reumatologia  
 Cardiologia      Neurologia      Traumatologia  
 Cirurgia      Oftalmologia      Urologia  
 Dermatologia      Otorinolaringologia      Una altra especialitat. **Especifiqueu-la ▼**

**98. Qui li ha indicat la visita a aquest metge/metgessa especialista?**

1	<input type="checkbox"/>	El metge/essa de capçalera
2	<input type="checkbox"/>	El mateix/a 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. <b>Especifiqueu-la ▼</b>

**99. A quina modalitat d'assistència sanitària correspon aquest 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 de una mútua obligatòria                    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A una assegurança sanitària privada concertada individualment o per l'empresa dels pares |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Metge/essa particular                                                                    |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <b>Especifiqueu-la</b> ▼                                         |

**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                 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Un consultori d'un metge/essa privat               |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Un altre lloc. <b>Especifiqueu-lo</b> ▼            |

**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. <b>Especifiqueu-la</b> ▼ |

## O. Atenció d'urgències i hospitalitzacions

*Per a tots els infants*

**104. Durant els últims 12 mesos, quantes vegades ... [nom] 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"/> | En un hospital públic                                                      |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un hospital privat                                                      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Va trucar a un servei d'emergències mèdiques (061, 112, etc.)              |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En un centre d'atenció primària o centre d'atenció continuada (ambulatori) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | A la consulta d'un metge o a un centre privat                              |
| 6 | <input type="checkbox"/> | En un altre lloc. <b>Especifiqueu-lo</b> ▼                                 |

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


vegades

## A. Context familiar (II)

*Per a tots els infants*

Les preguntes que li farem a continuació es referiran sempre a ..... [nom de la persona seleccionada]. Vostè, per tant, ens ha de contestar en nom d'aquest nen/a, tot i que també li demanarem informació sobre les persones que viuen amb ell i l'habitatge on resideix.

3. Quantes persones viuen amb ..... [nom] a la mateixa llar de manera habitual? Comptant-hi el nen/a i, si hi viu, la persona informadora

persones

*Les preguntes següents s'han de formular per a cada un dels membres de la llar on viu ..... [nom]. Anoteu les respostes a la taula adjunta*

4. Quin és el parentiu de cada persona de 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	Progenitor 1	Progenitor 2	4. Parentiu	5. Sexe	6. Edat	7. Discapacitat/da
Membre 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1			<input type="checkbox"/>
Membre 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Membre 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Membre 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Membre 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Membre 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Membre 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Membre 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Membre 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Membre 10	<input type="checkbox"/>	<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 de la vida diària?

1. Sí  
2. No

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

- |   |                          |                                                           |
|---|--------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 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                                          |

## B. Dades sociodemogràfiques

*Per a tots els infants*

15. Quina nacionalitat té ..... [nom]?

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

16. On va néixer ..... [nom]?

- |   |                          |                                                   |                           |                                       |
|---|--------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al mateix municipi de residència                  | ► Passeu a la pregunta M4 |                                       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | En un altre municipi de Catalunya                 | ► Passeu a la pregunta M4 | <i>Especifiqueu-ne el municipi ▼</i>  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | En un altre municipi d'Espanya, fora de Catalunya | ► Passeu a la pregunta M4 | <i>Especifiqueu-ne la província ▼</i> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | A l'estranger                                     |                           | <i>Especifiqueu-ne el país ▼</i>      |

*Només per als menors que han nascut fora d'Espanya*

17. Quin any va arribar a Espanya ..... [nom]?

Any d'arribada

*Per a tots els infants*

M4. El nen/a està escolaritzat/ada o va a l'escola bressol o guarderia?

- |   |                          |                                                  |                           |
|---|--------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El/la porten a l'escola bressol o llar d'infants | ► Passeu a la pregunta M6 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Està escolaritzat/ada                            |                           |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No va a la guarderia ni a l'escola               | ► Passeu a la pregunta M6 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una altra opció. <i>Especifiqueu-la ▼</i>        |                           |

M5. Quin curs fa ..... [nom]?

- |   |                          |                                            |
|---|--------------------------|--------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Educació infantil (P3, P4 o P5)            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Educació primària cicle inicial (1r o 2n)  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Educació primària cicle mitjà (3r o 4t)    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Educació primària cicle superior (5è o 6è) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Educació secundària obligatòria (ESO)      |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Educació especial                          |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Un altre curs. <i>Especifiqueu-lo ▼</i>    |

*A continuació li farem unes preguntes referides tant a la mare com al pare de ..... [nom] (encara que no visquin a la mateixa llar), siguin biològics o legals (en cas d'adopcions)*

**Mare (progenitor 1)**

M6. On va néixer la mare del nen/a?

- |   |                          |                                                  |                                |
|---|--------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | A Catalunya                                      | ► Passeu a la pregunta M8 o M9 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A la resta d'Espanya                             | ► Passeu a la pregunta M8 o M9 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Fora d'Espanya. <i>Especifiqueu-ne el país ▼</i> |                                |

**Pare (progenitor 2)**

M17. On va néixer el pare del nen/a?

- |   |                          |                                                  |                                  |
|---|--------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | A Catalunya                                      | ► Passeu a la pregunta M19 o M20 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | A la resta d'Espanya                             | ► Passeu a la pregunta M19 o M20 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Fora d'Espanya. <i>Especifiqueu-ne el país ▼</i> |                                  |



**Només si la mare i/o el pare ha nascut fora d'Espanya**

**M7. Quin any va arribar la mare a Espanya?**

Any d'arribada      
8888. No ha vingut a Espanya

**M18. Quin any va arribar el pare a Espanya?**

Any d'arribada      
8888. No ha vingut a Espanya

**Només si la mare i/o el pare no viuen a la llar de manera habitual**

**M8. Abans ens ha dit que la mare no viu a la llar de .....  
[nom]. On viu de manera habitual?**

- |   |                          |                                                     |
|---|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Viu en aquest mateix municipi                       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Viu en un altre municipi de Catalunya               |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Viu en un altre municipi de la resta d'Espanya      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Viu a l'estranger. <b>Especifiqueu-ne el país ▼</b> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Ha mort                                             |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <b>Especifiqueu-la ▼</b>        |

**M19. Abans ens ha dit que el pare no viu a la llar de .....  
[nom]. On viu de manera habitual?**

- |   |                          |                                                     |
|---|--------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Viu en aquest mateix municipi                       |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Viu en un altre municipi de Catalunya               |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Viu en un altre municipi de la resta d'Espanya      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Viu a l'estranger. <b>Especifiqueu-ne el país ▼</b> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Ha mort                                             |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <b>Especifiqueu-la ▼</b>        |

**M9. Quin és el nivell màxim d'estudis finalitzats de la mare del nen/a?**

- |    |                          |                                                                                                           |
|----|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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, 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. <b>Especifiqueu-la ▼</b>                                                          |

**M20. Quin és el nivell màxim d'estudis finalitzats del pare del nen/a?**

- |    |                          |                                                                                                           |
|----|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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, 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. <b>Especifiqueu-la ▼</b>                                                          |

Si la mare és morta ► passeu a pregunta M17

Si el pare és mort ► passeu a pregunta 27 o 33

**Només si la mare i/o el pare són vius i encara que visquin fora de la llar**

**M10. Quina és la situació laboral actual de la mare?**

- |    |                          |                                                       |             |
|----|--------------------------|-------------------------------------------------------|-------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Treballa                                              | ► preg. M13 |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Treballa, però té una baixa laboral de més de 3 mesos | ► preg. M13 |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Aturada amb subsidi / prestació                       | ► preg. M11 |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Aturada sense subsidi / prestació                     | ► preg. M11 |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Feina de la llar (mestressa de casa)                  | ► preg. M12 |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiant                                             | ► preg. M12 |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitada o amb invalidesa permanent               | ► preg. M12 |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilada per raó d'edat                               | ► preg. M13 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilada de forma anticipada                          | ► preg. M13 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <b>Especifiqueu-la</b> ▼          | ► preg. M12 |

**M21. Quina és la situació laboral actual del pare?**

- |    |                          |                                                       |             |
|----|--------------------------|-------------------------------------------------------|-------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Treballa                                              | ► preg. M24 |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Treballa, però té una baixa laboral de més de 3 mesos | ► preg. M24 |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Aturat amb subsidi / prestació                        | ► preg. M22 |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Aturat sense subsidi / prestació                      | ► preg. M22 |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Feina de la llar (mestre de casa)                     | ► preg. M23 |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiant                                             | ► preg. M23 |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitat o amb invalidesa permanent                | ► preg. M23 |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilat per raó d'edat                                | ► preg. M24 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilat de forma anticipada                           | ► preg. M24 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <b>Especifiqueu-la</b> ▼          | ► preg. M23 |

**Només si la mare i/o el pare estan en situació d'atur**

**M11. Quant temps fa que està aturada ininterrompudament?**

mesos

**M22. Quant temps fa que està aturat ininterrompudament?**

mesos

**Només si la mare i/o el pare estan a l'atur sense prestació, fan feina de la llar, són estudiants o tenen incapacitat o invalidesa permanent (pregunta M10 i M21 respostes 4, 5, 6, 7 i 10)**

**M12. Malgrat que la mare no treballa remuneradament en l'actualitat, hi havia treballat abans?**

- |   |                          |    |                            |
|---|--------------------------|----|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |                            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No | ► Passeu a la pregunta M17 |

**M23. Malgrat que el pare no treballa remuneradament en l'actualitat, hi havia treballat?**

- |   |                          |    |                                |
|---|--------------------------|----|--------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |                                |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No | ► Passeu a la pregunta 27 o 33 |

**Només si la mare i/o el pare treballen o han treballat amb anterioritat**

**M13. Quina és l'activitat principal de l'empresa on treballa (o treballava) la mare?**

**M24. Quina és l'activitat principal de l'empresa on treballa (o treballava) el pare?**

**M14. Quina feina concreta hi fa (o hi feia) la mare?**

**M25. Quina feina concreta hi fa (o hi feia) el pare?**

**M15. En quina de les situacions següents es troba la mare (o es trobava a la seva última feina)?**

- |    |                          |                                                                           |
|----|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionària                                                               |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Assalariada amb contracte indefinit                                       |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal de menys de 6 mesos                                    |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal de 6 mesos i menys d'1 any                             |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal d'1 any i 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, o similar) |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Treballadora d'empresa de treball temporal (ETT)                          |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Treballa sense contracte                                                  |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autònoma o professional sense assalariats                                 |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresària amb menys de 10 treballadors                                   |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresària amb 10 o més treballadors                                      |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Una altra relació contractual. <b>Especifiqueu-la ▼</b>                   |

**M26. En quina de les següents situacions es troba el pare (o es trobava a la seva última feina)?**

- |    |                          |                                                                         |
|----|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Funcionari                                                              |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Assalariat amb contracte indefinit                                      |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal de menys de 6 mesos                                  |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal de 6 mesos i menys d'1 any                           |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Contracte temporal d'1 any i 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 d'empresa de treball temporal (ETT)                         |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Treballa sense contracte                                                |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Autònom o professional sense assalariats                                |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Empresari amb menys de 10 treballadors                                  |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Empresari amb 10 o més treballadors                                     |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Una altra relació contractual. <b>Especifiqueu-la ▼</b>                 |

**M16. La mare té (o tenia a l'última feina) treballadors al seu càrrec?**

- |   |                          |                        |
|---|--------------------------|------------------------|
| 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 |

**M27. El pare té (o tenia a l'última feina) treballadors al seu càrrec?**

- |   |                          |                        |
|---|--------------------------|------------------------|
| 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 el pare o la mare del nen/a és la persona de referència de la llar ► passeu a pregunta 33*

### PERSONA DE REFERÈNCIA DE LA LLAR

**Només si la persona de referència de la llar NO és ni el pare ni la mare del nen/a**

**Ara li faré unes preguntes referides a la persona de referència de la llar on viu ..... [nom]**

**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, FPPI, 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. <b>Especifiqueu-la ▼</b>                                                          |

**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 (mestres/essa de casa)               |                           |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiant                                             |                           |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitat/da 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. <b>Especifiqueu-la</b> ▼          |                           |

**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** *[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 pregunta 33 |

**Per a totes 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 hi fa (o hi feia)?** *[la persona de referència de la llar]*

**32. 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 tots els infants**

**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

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 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"/>	Es trobava present durant l'entrevista
2	<input type="checkbox"/>	Es trobava al 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> ▼

206. La persona informadora, 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"/>

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

--	--	--	--	--

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. <b>Especifiqueu-lo ▼</b> | <i>Si no s'ha observat el domicili de la persona entrevistada, finalitzeu.</i> |

--

211. Tipus d'habitatge on viu la persona seleccionada

- |   |                          |                                          |
|---|--------------------------|------------------------------------------|
| 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. <b>Especifiqueu-lo ▼</b> |

212. A quina planta viu?

--	--

--

213. Hi ha algun tram d'escales 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'escales 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

--