

ESCA contínua – Onada 2

Qüestionari indirecte

Població de 15 anys i més

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

SECRET ESTADÍSTIC

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

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

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

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



A. Context familiar

Les preguntes que li farem a continuació es referiran sempre a..... (NOM DE LA PERSONA SELECCIONADA). Vostè, per tant, ens haurà de contestar en nom d'aquesta persona, tot i que també li demanarem informació sobre les persones que viuen amb ella i l'habitatge on resideix.

1. Anoteu el sexe de la persona seleccionada, és a dir de (... NOM)

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

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

Dia Mes Any

3. Quantes persones viuen amb [... NOM] a la mateixa llar de manera habitual? *Comptant-hi la persona seleccionada i, si viu a la llar, la persona informadora*

persones

Si només hi viu una persona ► passeu a pregunta A

Les preguntes següents s'han de formular per a cada un dels membres de la llar: en primer lloc la persona seleccionada>; en segon lloc la persona informadora (si viu a la llar) i continueu per la totalitat de les persones que viuen a la llar de manera habitual. ANOTEU les respostes a la taula adjunta

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

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

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

1. Home
2. Dona

6. Quina edat té cadascuna d'aquestes persones?

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

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

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

Només per a les persones seleccionades que viuen amb persones discapacitades, menors de 15 anys i/o de 65 anys i més i que contesten mitjançant informador indirecte a causa d'una INCAPACITAT TEMPORAL o per PROBLEMES D'IDIOMA

Anoteu la resposta a la taula adjunta

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

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

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

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

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

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

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

hores / un dia feiner

13. I durant el cap de setmana?

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

Si la persona informadora viu a la llar ► passeu a pregunta 14

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 (... NOM)? Vostè és de [... NOM]?

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Espòs/a o parella |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Fill/filla |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Gendre/nora |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Pare/mare |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Un altre/a familiar. <i>Especifiqueu-lo ▼</i> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Tutor 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. <i>Especifiqueu-la ▼</i> |

B. Dades sociodemogràfiques*Per a totes les persones seleccionades***14. Quin és l'estat civil (legal) de (... NOM)?**

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

15. Quina nacionalitat té (... NOM)?

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

Especifiqueu país nacionalitat estrangera

16. On va néixer?

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

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

17. A quin any va arribar a Espanya?

Any d'arribada

Per a totes les persones seleccionades

18. Quin és el nivell màxim d'estudis finalitzats de [NOM]?

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No sap llegir ni escriure |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Primaris incomplets: sap llegir i escriure sense haver finalitzat l'educació primària |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Primaris complets: primària LOGSE completa o cinc cursos aprovats d'EGB |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Primera etapa d'educació secundària: graduat escolar, batxillerat elemental, EGB o ESO completa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments de batxillerat: batxillerat superior, BUP, batxillerat pla nou, PREU o COU |
| 6 | <input type="checkbox"/> | FP de grau mitjà: oficialia industrial, FPI, cicles formatius de grau mitjà |
| 7 | <input type="checkbox"/> | FP de grau superior: mestratge industrial, 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. <i>Especifiquen-la ▼</i> |

19. Quina és la situació laboral principal actual de [... NOM]?

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

Només per a les persones seleccionades que treballen (pregunta 19, respostes 1 i 2)20. Quina probabilitat té [... NOM] de perdre la seva feina en els propers 6 mesos? *LLEGIU-LO*

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

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

21. Quan temps porta aturat ininterrompudament [... NOM]?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si la persona de referència de la llar és la persona seleccionada

► **passeeu a pregunta 33**

PERSONA DE REFERÈNCIA DE LA LLAR

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

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

- | | | |
|----|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No sap llegir ni escriure |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Primaris incomplets: sap llegir i escriure sense haver finalitzat l'educació primària |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Primaris complets: primària LOGSE completa o cinc cursos aprovats d'EGB |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Primera etapa d'educació secundària: graduat escolar, batxillerat elemental, EGB o ESO completa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments de batxillerat: batxillerat superior, BUP, batxillerat pla nou, PREU o COU |
| 6 | <input type="checkbox"/> | FP de grau mitjà: oficialia industrial, FPI, cicles formatius de grau mitjà |
| 7 | <input type="checkbox"/> | FP de grau superior: mestratge industrial, 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. <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 | ► <i>passeeu a pregunta 30</i> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Treballa, però té una baixa laboral de més de 3 mesos | ► <i>passeeu a pregunta 30</i> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Aturat/da amb subsidi/prestació | ► <i>passeeu a pregunta 30</i> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Aturat/da sense subsidi/prestació | ► <i>passeeu a pregunta 29</i> |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Feines de la llar (mestressa de casa) | ► <i>passeeu a pregunta 29</i> |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Estudiant | ► <i>passeeu a pregunta 29</i> |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Incapacitat/da o amb invalidesa permanent | ► <i>passeeu a pregunta 29</i> |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Jubilat/da per raons d'edat | ► <i>passeeu a pregunta 30</i> |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Jubilat/da de forma anticipada | ► <i>passeeu a pregunta 30</i> |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <i>Especifiqueu-la ▼</i> | ► <i>passeeu a pregunta 29</i> |

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

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

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

► passeu a pregunta 33

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

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

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

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

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

Per a totes les persones seleccionades

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

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

C. Cobertura sanitària

Per a totes les persones seleccionades

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

S'exclouen les mütues 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 [... NOM] més freqüentment? **LLEGIU-LES**

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

1	<input type="checkbox"/>	No n'ha utilitzat cap
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>

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

Per a totes les persones seleccionades

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

37. Com diria vostè que és la salut de [... NOM]? **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
--	--	--	-------------

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

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

40a1. Ara li farà unes preguntes molt similars a les anteriors per CONCRETAR una mica més com descriuria l'estat de salut de [... NOM] en el dia d'AVUI. Enquestadors: no feu esment de les respostes rebudes a la pregunta anterior

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

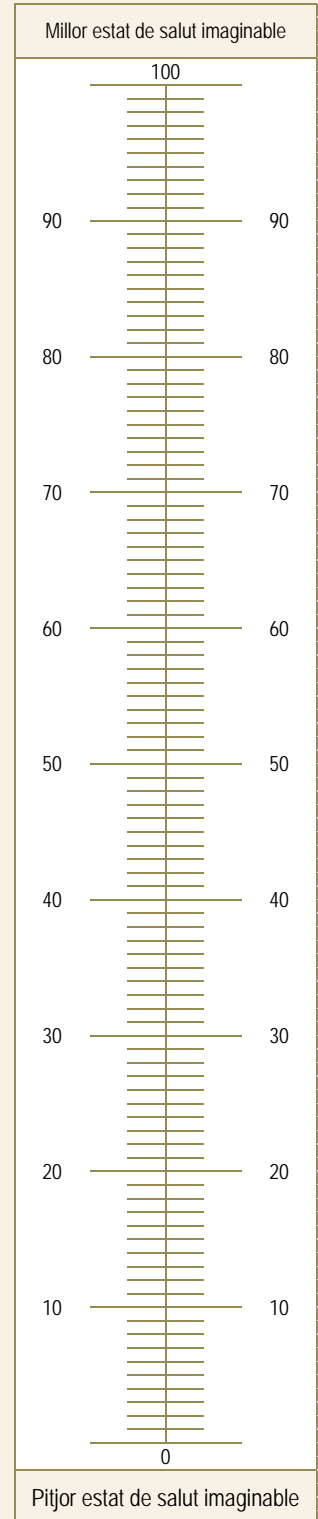
40b. Ens pot indicar, en aquesta escala que sembla un termòmetre, la seva opinió sobre el seu estat de salut en general en el dia d'avui. El 100 representa el millor estat de salut imaginable i el 0 el pitjor estat de salut imaginable.

Enquestador/a: mostreu el termòmetre i deixeu el llapis perquè la persona informadora marki la creu

El seu estat de salut
AVUI

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

Puntuació



E. Morbilitat crònica i accidents

Per a totes les persones seleccionades

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

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

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

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

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

Si no ha tingut cap accident

► *passeeu a pregunta 46a*

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

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

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

Per a totes les persones seleccionades

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

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

46c. A més del que ja s'ha comentat, durant els últims 12 mesos [... NOM] 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"/> | Si |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No |

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

► *passeu a pregunta 47*

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

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

H. Discapacitats, dependència autonomia personal i suport social

Per a totes les persones seleccionades

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

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

49. Quant temps fa que té aquesta limitació?

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

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

	1. Sí	2. No
1. [... NOM] 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. [... 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"/>
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 vostè diu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. [... NOM] té alguna limitació greu de comunicació per escriure o llegir –exceptuant els analfabets i les persones amb problemes de visió– o per fer i entendre signes gràfics com ara senyals de trànsit o les hores del rellotge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Per problemes físics de mobilitat, [... NOM] té una limitació greu per sortir de casa si no va acompanyat/da d'una altra persona?	<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
11. [... NOM] té dificultats greus per fer les activitats de la cura de la llar i altres activitats quotidianes com comprar, cuinar, fer les feines de casa, administrar els diners o telefonar sense ajut d'una altra persona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

52. Recorda quin grau de discapacitat li han reconegut?

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

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

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, regularment |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, a vegades |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No necessita ajuda |

Si la persona és menor de 65 anys

► *passeu a pregunta D16*

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

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

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

55. Li ajuda algú a fer-ho?

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

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

► *passeu a pregunta D19*

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

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

mesos

anys

Sempre

D. Es vostè la persona que s'ocupa principalment de la cura de [... NOM]? **NO LLEGIU**

- | | | | |
|---|--------------------------|---|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, sol/a | ► passeu a pregunta D14 (inclou amb ajut de d'altres persones de fora de la llar) |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, amb l'ajut d'altres persones de la llar | ► passeu a pregunta D14 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No se n'ocupa habitualment | |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Una altra opció. <i>Especifiqueu-la</i> ▼ | |

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

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

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

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

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

D14. Ara parlarem dels suports amb que compta [... NOM] i si creu que n'està satisfet/a o no.

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

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

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

Si la persona informadora no és la cuidadora habitual ► passeu a pregunta 58

Només per a persones informadores que són cuidadores habituals

D24. Amb quina freqüència es dedica a la cura o atenció d'aquesta persona?

- | | | | |
|---|--------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Diàriament | ► passeu a pregunta D26 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Una o diverses vegades a la setmana | |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Una o diverses vegades al mes | ► passeu a pregunta D28 |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Menys d'una vegada al mes | ► passeu a pregunta D28 |

D25. Quants dies a la setmana dedica de mitjana a la cura d'aquesta persona?

 dies/setmana

D26. Quantes hores dedica de mitjana un dia feiner a la cura d'aquesta persona?

 hores / un dia feiner

D27. I durant dissabtes i diumenges?

 hores dissabte + diumenge

D28. Quant de temps porta dedicant-se a la cura d'aquesta persona?

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

Per a totes les persones seleccionades sense autonomia personal

58. A causa de la situació de [... NOM], durant el darrer any ha estat visitat/da al seu domicili per algun professional sanitari (metge/essa, infermer/a...)?

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

59. A causa de la situació de [... NOM], durant el darrer any ha estat visitat/da al seu domicili per algun assistent social o treballador social?

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

Per a totes les persones seleccionades

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

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

L. Visites mèdiques durant els últims 12 mesos

Per a totes les persones seleccionades

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

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

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

88. Durant els DARRERS 15 DIES, [... NOM] ha estat visitat 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, [... NOM] ha fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motiu de la seva salut?

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

M. Atenció primària

Per a totes les persones seleccionades

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

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

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

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

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

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

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

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

--	--	--

Vegades

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

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

--	--

anys

--	--

mesos

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

	1 Sí, sens dubte	2 És probable que sí	3 És probable que no	4 No, en absolut	5 No ho sap No ho recorda
1. Quan [...] NOM] 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 [...] NOM] 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 centre de [...] NOM] 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 [...] NOM] 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 metge/essa de [...] NOM] sap quins problemes són més importants per a ell/ella?	<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 totes les persones seleccionades

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 que ha visitat a [...] NOM] durant els darrers 12 mesos?

0 ☐ No l'ha visitat cap especialista durant els 12 últims mesos ► *passeeu a pregunta 104*

1 <input type="checkbox"/>	Al·lèrgologia	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"/>	Otorrinolaringologia	15 <input type="checkbox"/>	Una altra especialitat. <i>Especifiqueu-la ▼</i>

98. Qui li ha indicat a [... NOM] la [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>Especifiqueu-la ▼</i> |

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

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Al Servei Català de la Salut |
| 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 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 a [... NOM] alguna prova diagnòstica com ara anàlisi de sang, radiografia, ecografia, TAC, ressonància, endoscòpia...?

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

103. Qui li 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 seleccionades

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

--	--

vegades

► Si la resposta és 0 passeu a pregunta 202

La pregunta següent es refereix a la darrera visita a urgències dels últims 12 mesos realitzada per [... NOM]

201. 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 seleccionades

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

--	--

vegades

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

Moltes gràcies per la seva col·laboració

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

200. Hora de finalització de l'entrevista

--	--	--	--

201. Durada total de l'entrevista en minuts

--	--

 minuts

202. Titular o substitut

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

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

0	<input type="checkbox"/>	No s'ha utilitzat qüestionari indirecte	► <i>passeu a pregunta 205</i>
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>

Només si la persona informadora no es castellano o catalanoparlant

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 de l'1 (molt poc) al 10 (molt) l'actitud de la persona informadora respecte...

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

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

Pregunta / apartat Pregunta / apartat Pregunta / apartat Pregunta / apartat Pregunta / apartat

--	--	--	--	--

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 seleccionada FINALITZEU</i>
4	<input type="checkbox"/>	Bar o similar	<i>Si no s'ha observat el domicili de la persona seleccionada FINALITZEU</i>
5	<input type="checkbox"/>	Carrer o exterior del domicili	<i>Si no s'ha observat el domicili de la persona seleccionada FINALITZEU</i>
6	<input type="checkbox"/>	Un altre lloc. <i>Especifiqueu-lo ▼</i>	<i>Si no s'ha observat el domicili de la persona seleccionada 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. <i>Especifiqueu-lo ▼</i>

212. A quina planta viu?

--	--

--

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

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

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

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

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

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

216. Observacions

--

217. Enquestador/a

--