

# Enquesta de salut de Catalunya

## 1r semestre de 2016

Onada 12

### Qüestionari general

Població de 15 anys i més

14/12/2015

Onada	12	Semestre 1 - 2016
Número de qüestionari		
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. Sexe i data de naixement

1. Anoteu el sexe de la persona entrevistada

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

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

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

## C. Cobertura sanitària

*Per a totes les persones entrevistades*

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

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

*Les tres primeres categories són excloents.*

	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>Especifiqui-la</i> ▼	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

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

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

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

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

*Per a totes les persones entrevistades*

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

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

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

38. Aproximadament, quants quilos pesa sense roba?

,  Quilos

39. Aproximadament, quants centímetres amida sense sabates?

,  centímetres (0,5)

108. Durant la setmana passada, quantes hores, com a mitjana, ha dormit diàriament?

\_\_\_\_\_ hores

40a1. Digui quines de les afirmacions següents descriuen millor el seu estat de salut en el dia d'avui. *Llegiu per grups de respostes de cinc en cinc.*

1	<input type="checkbox"/>	No té problemes per caminar.
2	<input type="checkbox"/>	Té problemes lleus per caminar.
3	<input type="checkbox"/>	Té problemes moderats per caminar.
4	<input type="checkbox"/>	Té problemes greus per caminar.
5	<input type="checkbox"/>	No pot caminar.

1	<input type="checkbox"/>	No té problemes per rentar-se o vestir-se.
2	<input type="checkbox"/>	Té problemes lleus per rentar-se o vestir-se.
3	<input type="checkbox"/>	Té problemes moderats per rentar-se o vestir-se.
4	<input type="checkbox"/>	Té problemes greus per rentar-se o vestir-se.
5	<input type="checkbox"/>	No pot rentar-se o vestir-se.

1	<input type="checkbox"/>	No té problemes per fer les seves activitats quotidianes (treballar, estudiar, fer les feines de la llar o activitats de lleure).
2	<input type="checkbox"/>	Té problemes lleus per fer les seves activitats quotidianes.
3	<input type="checkbox"/>	Té problemes moderats per fer les seves activitats quotidianes.
4	<input type="checkbox"/>	Té problemes greus per fer les seves activitats quotidianes.
5	<input type="checkbox"/>	No pot fer les seves activitats quotidianes.

1	<input type="checkbox"/>	No té dolor ni malestar.
2	<input type="checkbox"/>	Té dolor o malestar lleu.
3	<input type="checkbox"/>	Té dolor o malestar moderat.
4	<input type="checkbox"/>	Té dolor o malestar fort.
5	<input type="checkbox"/>	Té dolor o malestar extrem.

1	<input type="checkbox"/>	No està ansiós/osa ni deprimit/ida.
2	<input type="checkbox"/>	Està lleument ansiós/osa o deprimit/ida.
3	<input type="checkbox"/>	Està moderadament ansiós/osa o deprimit/ida.
4	<input type="checkbox"/>	Està molt ansiós/osa o deprimit/ida.
5	<input type="checkbox"/>	Està extremadament ansiós/osa o deprimit/ida.

40b. Ens pot indicar, en aquesta escala que sembla un termòmetre, la seva opinió sobre el seu estat de salut en general en el dia d'avui.

El 100 representa el millor estat de salut imaginable i el 0 el pitjor estat de salut imaginable.

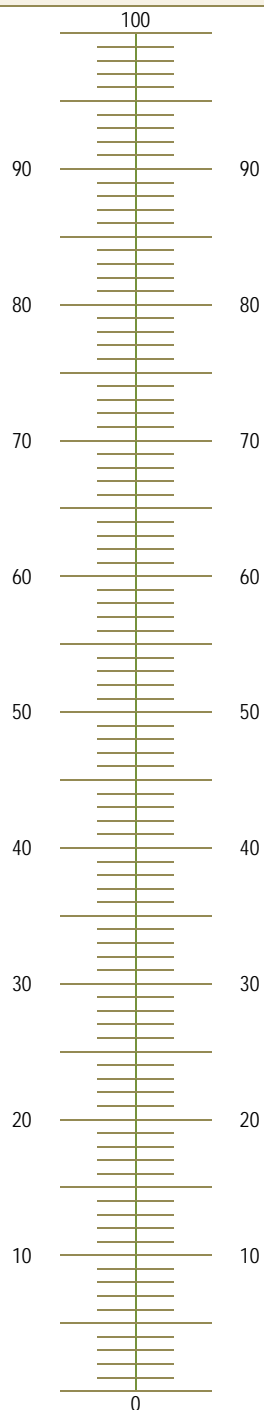
Enquestador/a: mostreu el termòmetre i deixeu el llapis perquè la persona entrevistada marqui la creu

El seu estat de salut  
AVUI

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

Puntuació

Millor estat de salut imaginable



Pitjor estat de salut imaginable

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

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

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

## E. Morbilitat crònica i accidents

### Morbilitat crònica

*Per a totes les persones entrevistades*

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

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

42. A continuació, ens podria dir si pateix o ha patit algun dels trastorns crònics que ara li llegiré?

42a- Ha patit alguna vegada...? *Entrevistador/a, llegiu tots els trastorns que es relacionen, un a un, i anoteu la resposta que procedeixi.*

- Si ☐ 1
- No ☐ 6
- No sap ☐ 8
- No contesta ☐ 9

**Llistat de trastorns crònics:**

1. Pressió alta
2. Colesterol elevat
3. Diabetis o sucre a la sang
4. Anèmia
5. Al·lèrgies cròniques
6. Asma
7. Bronquitis crònica
30. Malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) i emfisema
8. Varices a les cames
10. Migranya o mals de cap freqüents
11. Cataractes
12. Mal d'esquena crònic cervical
13. Mal d'esquena crònic lumbar o dorsal
14. Artrosi, artritis o reumatisme. *Especifiqueu-lo ▼*
15. Osteoporosi
16. Problemes de pròstata (*només homes*)
17. Incontinència urinària (pèrdues involuntàries d'orina)
18. Restrenyiment crònic
19. Hemorroides
20. Úlcera d'estómac o de duodè
21. Problemes crònics de pell (*només si contesta afirmativament a aquest ítem s'ha de desplegar l'opció de la psoriasi*)
 

21.1. Psoriasi
22. Problemes de tiroides
23. Depressió i/o ansietat
24. Altres trastorns mentals. *Especifiqueu-lo ▼*
25. Embòlia/atac de feridura
26. Infart de miocardi
27. Altres malalties del cor
28. Tumors malignes
29. Un altre trastorn crònic. *Especifiqueu-lo ▼*

*Si 42a=1, passeu a les preguntes 42b i 42c, una darrere l'altra*

42b- Ha patit els darrers 12 mesos...?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 6
- No sap ☐ 8
- No contesta ☐ 9

42c- Li ha dit un/a metge/essa que pateix...?

- Sí ☐ 1
- No ☐ 6
- No sap ☐ 8
- No contesta ☐ 9

	42a Ha patit alguna vegada...?	42b Ha patit els darrers 12 mesos...?	42c Li ha dit un/a metge/essa que pateix...?
1. Pressió alta	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
2. Colesterol elevat	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
3. Diabetis o sucre a la sang	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
4. Anèmia	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
5. Al·lèrgies cròniques	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
6. Asma	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)
7. Bronquitis crònica	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)	<input type="radio"/> SI (1) <input type="radio"/> NS (8) <input type="radio"/> NO (6) <input type="radio"/> NC (9)

etc.

*Per a les persones diagnosticades de psoriasi per un/a metge/metgessa (42c.21.1=1)*

PSOR1. Des del moment que va ser diagnosticat/da, ha rebut alguna vegada un tractament sistèmic (pastilles, tractament amb llum o injeccions)?

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

## Accidents

*Per a totes les persones entrevistades*

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

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

	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*

► *passeeu a la pregunta 46a*

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

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

## F. Consum de medicaments

*Per a totes les persones entrevistades*

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

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

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

## G. Salut mental

*Per a totes les persones entrevistades*

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

1. S'ha pogut concentrar bé en el que feia?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	millor que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	igual que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys que habitualment
2. Les seves preocupacions li han fet perdre molt la son?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment
3. Ha sentit que té un paper útil a la vida?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	més útil que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	igual que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys útil que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys útil que habitualment
4. S'ha sentit capaç de prendre decisions?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	més que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	igual que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys que habitualment
5. S'ha notat constantment carregat/ada i en tensió?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment
6. Ha tingut la sensació que no pot superar les seves dificultats?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment
7. Ha estat capaç de gaudir de les seves activitats de cada dia?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	més que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	igual que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys que habitualment
8. Ha estat capaç de fer front adequadament als seus problemes?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	més capaç que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	igual que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys capaç que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys capaç
9. S'ha sentit poc feliç i deprimet/ida?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment
10. Ha perdut confiança en vostè mateix/a?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment
11. Ha pensat que és una persona que no serveix per a res?	1	<input type="checkbox"/>	No	en absolut
	2	<input type="checkbox"/>	No Sí	no més que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	Sí	una mica més que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	Sí	molt més que habitualment
12. Se sent raonablement feliç, considerant totes les circumstàncies?	1	<input type="checkbox"/>	Sí	més que habitualment
	2	<input type="checkbox"/>	Sí No	aproximadament el mateix que habitualment
	3	<input type="checkbox"/>	No	menys que habitualment
	4	<input type="checkbox"/>	No	molt menys que habitualment

## H. Limitacions, discapacitats i autonomia personal

### Limitacions

*Per a totes les persones entrevistades*

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

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

49. Quant temps fa que té aquesta limitació?

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Fa menys de 6 mesos              |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Fa entre 6 mesos i menys d'1 any |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Fa entre 1 i (menys de) 5 anys   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Fa entre 5 i (menys de) 10 anys  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Fa 10 anys o més                 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Sempre                           |

### Discapacitats

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

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

### Autonomia personal

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"/> | Si, regularment. ► <i>passeu a la pregunta 60 (si té 60 anys o més) o a la pregunta 61 (si en té 59 o menys)</i>   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Si, a vegades. ► <i>passeu a la pregunta 60 (si té 60 anys o més) o a la pregunta 61 (si en té 59 o menys)</i>     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No necessita ajuda ► <i>passeu a la pregunta 60 (si té 60 anys o més) o a la pregunta 61 (si en té 59 o menys)</i> |

## I. Pràctiques preventives

*Només per a persones de 60 anys i més*

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

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

*Per a totes les persones entrevistades*

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

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

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

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

*Només per a persones de 40 anys i més*

Les preguntes següents fan referència a proves per a la detecció precoç d'alguns càncers.

CC1. La prova de sang oculta en femta és una anàlisi d'una mostra de femta (caca), similar a una anàlisi d'orina, per detectar càncer o pòlips del budell. Alguna vegada s'ha fet una prova de sang oculta en femta?

1	<input type="checkbox"/>	Si	
2	<input type="checkbox"/>	No	► Passeu a la pregunta CC4
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC	► Passeu a la pregunta CC4

CC2. Quan es va fer la darrera prova de sang oculta en femta?

1	<input type="checkbox"/>	Fa menys d'un any
2	<input type="checkbox"/>	Fa entre 1 any i (menys de) 2
3	<input type="checkbox"/>	Fa entre 2 anys i (menys de) 3
4	<input type="checkbox"/>	Fa 3 anys o més
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC

CC3. Per quin motiu es va fer la darrera prova de sang oculta en femta? *Llegir-ho*

1	<input type="checkbox"/>	Per algun problema, símptoma o malaltia
2	<input type="checkbox"/>	Per consell del seu metge d'atenció primària o especialista, tot i que no tenia cap problema, símptoma o malaltia
3	<input type="checkbox"/>	Perquè va rebre una carta del Programa de detecció precoç del càncer de còlon
4	<input type="checkbox"/>	Per un altre motiu. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼

9	<input type="checkbox"/>	NS/NC
---	--------------------------	-------

CC4. La colonoscòpia consisteix en introduir un tub flexible pel recte per detectar possibles problemes a l'interior del budell. Alguna vegada li han fet una colonoscòpia?

1	<input type="checkbox"/>	Si	
2	<input type="checkbox"/>	No	► Si és home, passeu a la pregunta VAB1. Si és dona, passeu a la pregunta 63
9	<input type="checkbox"/>	NS/NC	► Si és home, passeu a la pregunta VAB1. Si és dona, passeu a la pregunta 63

## I. Pràctiques preventives

### CC5. Quan es va fer la darrera colonoscòpia?

- |   |                          |                                 |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Fa menys d'un any               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Fa entre 1 any i (menys de) 3   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Fa entre 3 anys i (menys de) 5  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Fa entre 5 anys i (menys de) 10 |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Fa 10 anys o més                |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC                           |

### CC6. Per quin motiu es va fer la darrera colonoscòpia? *Llegir-ho*

- |                      |                          |   |
|----------------------|--------------------------|---|
| 1                    | <input type="checkbox"/> | Per algun problema, símptoma o malaltia   |
| 2                    | <input type="checkbox"/> | Per història familiar de càncer de còlon o pòlips   |
| 3                    | <input type="checkbox"/> | Per seguiment d'una colonoscòpia anterior amb resultat anormal (adenomes, pòlips, etc.)   |
| 4                    | <input type="checkbox"/> | Per consell del seu metge d'atenció primària o especialista, tot i que no tenia cap problema, símptoma o malaltia, ni història familiar       |
| 5                    | <input type="checkbox"/> | Per recomanació del Programa de detecció precoç del càncer de còlon i recte, després d'una prova de detecció de sang oculta en femta positiva |
| 6                    | <input type="checkbox"/> | Per un altre motiu. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼  |
| <input type="text"/> |                          |   |
| 9                    | <input type="checkbox"/> | NS/NC   |

### *Només per a DONES*

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

- |   |                          |                                     |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si                                  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► <i>Passeu a la pregunta 66</i> |

### 64. Quan es va fer la darrera mamografia?

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

### 65. La darrera mamografia se la va fer a través...? *Llegiu-ho*

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

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

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► <i>Passeu a la pregunta VAB1</i>                                    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No s'ha fet mai una citologia vaginal ► <i>Passeu a la pregunta VAB1</i> |

### 109. Quan es va fer la darrera citologia vaginal?

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

## Visió

*Per a totes les persones entrevistades*

A continuació li farem un seguit de preguntes sobre la seva visió.

**VAB1. Utilitza ulleres o lents de contacte?**

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No   |
| 5 | <input type="checkbox"/> | És cec/cega o no pot veure res ► <b>Passeu a la pregunta D16</b> |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC  |

**VAB2. Ha estat operat/da de cataractes?**

- |   |                          |       |
|---|--------------------------|-------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No    |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC |

**VAB3. Té alguna dificultat per veure la lletra d'un diari, fins i tot si utilitza les seves ulleres o lents de contacte?**

- |   |                          |                      |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No té cap dificultat |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Té alguna dificultat |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Té força dificultat  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No pot fer-ho        |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC                |

**VAB4. Té alguna dificultat per veure la cara d'una persona aproximadament a 4 metres de distància, fins i tot si utilitza les seves ulleres o lents de contacte?**

- |   |                          |                      |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | No té cap dificultat |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Té alguna dificultat |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Té força dificultat  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No pot fer-ho        |
| 9 | <input type="checkbox"/> | NS/NC                |

## Q. Suport social

*Per a totes les persones entrevistades*

A continuació li llegiré unes frases relacionades amb la seva vida social i el suport afectiu que rep d'altres persones.

D16. Valori si en té tant com desitjaria (5) o menys del que desitjaria (1). *MOSTREU TARGETA*

	Molt 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 persones que es preocupen del que li passa					
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 invitacions per distreure's i sortir amb altres persones					
10. Rep consells útils quan li passa alguna cosa important a la vida					
11. Rep ajuda quan està malalt/a al llit					

## Benestar mental

*Per a totes les persones entrevistades*

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

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

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

### Alimentació

*Per a totes les persones entrevistades*

Les preguntes següents fan referència a la seva alimentació habitual. Espereu la resposta espontània i, a partir d'aquí, si s'escau, feu els recordatoris que teniu al Manual d'instruccions.

**PREDI\_1.** Utilitza l'oli d'oliva com a principal greix per cuinar?

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

**PREDI\_2.** Quant oli d'oliva consumeix en total al dia (incloent-hi el que fa servir per fregir, en els àpats fora de casa, a les amanides, etc.)? (cullerades soperes d'oli)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	cullerades d'oli diàries
----------------------	----------------------	--------------------------

**PREDI\_3.** Quantes racions de verdura o hortalisses consumeix al dia? (una ració equival a 200 grams, les guarnicions i acompanyaments equivalen a 1/2 ració)

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

**PREDI\_4.** Quantes racions de fruita (incloent-hi el suc natural) consumeix al dia? (una ració equival a una peça estandard, és a dir, una poma, una pera, un parell de mandarines, un plàtan, un parell de talls de meló, un bol de maduixes, etc.)

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

**PREDI\_5.** Quantes racions de carns vermelles, hamburgueses, salsitxes o embotits consumeix al dia? (una ració equival a 100-150 grams)

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

**PREDI\_6.** Quantes racions de mantega, margarina o nata consumeix al dia? (una ració equival a 12 grams)

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

**PREDI\_7.** Quantes begudes ensucrades (refrescs, coles, tòniques, biter) consumeix al dia? (una beguda equival a 200 ml)

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

**PREDI\_8.** Si beu vi (o begudes fermentades del raïm com el cava, lambrusco, etc.), quant en beu en una setmana? (un got equival a 100-150 ml)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	gots a la setmana
----------------------	----------------------	-------------------

**PREDI\_9.** Quantes racions de llegums consumeix a la setmana? (una ració equival a 150 grams)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	racions a la setmana
----------------------	----------------------	----------------------

**PREDI\_10.** Quantes racions de peix i/o marisc consumeix a la setmana? (una ració de peix equival a 100-150 grams, i una ració de marisc a 4-5 peces o 200 grams)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	racions a la setmana
----------------------	----------------------	----------------------

**PREDI\_11.** Quantes vegades a la setmana consumeix brioixeria no feta a casa com ara galetes, flams, dolços o pastissos? (vegades, sense tenir en compte la quantitat)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	vegades a la setmana
----------------------	----------------------	----------------------

**PREDI\_12.** Quantes vegades a la setmana consumeix fruita seca? (una ració equival a 30 grams)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	vegades a la setmana
----------------------	----------------------	----------------------

**PREDI\_13.** Vostè consumeix preferentment carn de pollastre, gall dindi o conill en lloc de vedella, porc, hamburgueses o salsitxes?

1	<input type="checkbox"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	No
3	<input type="checkbox"/>	No consumeix carn

**PREDI\_14.** Quantes vegades a la setmana consumeix sofregit fet a casa amb vegetals cuits (tomàquet, all, ceba, porro, etc. elaborats a foc lent amb oli d'oliva) per acompanyar plats de pasta, arròs o altres? (vegades, sense tenir en compte la quantitat)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	vegades a la setmana
----------------------	----------------------	----------------------

## Activitat física (I)

*Per a totes les persones entrevistades*

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

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

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

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

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

minuts/dia

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

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

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

minuts / dia

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

dies durant els darrers 7 dies    ► Si no ha fet cap activitat moderada, passeu a la pregunta MOB1.

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

minuts/dia

## Mobilitat

*Per a totes les persones entrevistades*

Les tres preguntes següents fan referència només als **desplaçaments per anar d'un lloc a un altre**; per exemple, per fer encàrrecs, per comprar, per anar a la feina, per anar al cinema, per anar al centre cívic, per anar al poliesportiu, etc.

**MOB1. Quin mitjà de transport utilitza habitualment en els seus desplaçaments?** *Anoteu només una opció. En cas que la persona utilitzi més d'un mitjà de transport, escolliu aquell en què inverteix més temps.*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El cotxe o moto   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | El transport públic (autobús, metro, tren, taxi, etc.)                                    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A peu   |
| 4 | <input type="checkbox"/> | La bicicleta  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat / Un altre mitjà de transport                                      |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No es desplaça ► Passeu a la pregunta IPAQ1 o a la pregunta 120 si té entre 15 i 17 anys. |

**MOB2\_a. En una setmana qualsevol, quants dies camina almenys durant 10 minuts seguits per desplaçar-se d'un lloc a un altre?**

Dies/setmana Si no ho fa cap dia (resposta=0) ► Passeu a la pregunta MOB2\_b.

**MOB3\_a. En un dia qualsevol, quant temps camina per desplaçar-se d'un lloc a un altre?** *En cas que el temps que la persona camina per desplaçar-se variï segons el dia, anoteu un temps mitjà.*

Minuts/dia

**MOB2\_b. En una setmana qualsevol, quants dies va en bicicleta almenys durant 10 minuts seguits per desplaçar-se d'un lloc a un altre?**

Dies/setmana Si no ho fa cap dia (resposta=0) ► Passeu a la pregunta IPAQ1 o a la pregunta 120 si té entre 15 i 17 anys.

**MOB3\_b. En un dia qualsevol, quant temps va en bicicleta per desplaçar-se d'un lloc a un altre?** *En cas que el temps que la persona va en bicicleta per desplaçar-se variï segons el dia, anoteu un temps mitjà.*

Minuts/dia

*Només per a persones de 15 a 17 anys*

**120. Amb quina freqüència realitza alguna activitat física que fa que arribi a suar o que li falti l'alè?**

- |   |                          |                             |
|---|--------------------------|-----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Cada dia                    |
| 2 | <input type="checkbox"/> | De 4 a 6 cops per setmana   |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 2 o 3 cops per setmana      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Un cop per setmana          |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 2 cops al mes               |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Un cop al mes               |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Menys d'un cop al mes       |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Mai ► Passeu a pregunta 122 |

**121. Quantes hores a la setmana realitza alguna activitat física que fa que arribi a suar o que li falti l'alè?**

- |   |                          |                |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Cap            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Menys d'1 hora |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 1 hora         |
| 4 | <input type="checkbox"/> | De 2 a 3 hores |
| 5 | <input type="checkbox"/> | De 4 a 6 hores |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 7 hores o més  |

**122. Com acostuma a anar a l'escola / l'institut?** *Llegiu i anoteu només una de les opcions.*

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | En cotxe o moto                             |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Amb transport públic (autobús, metro, etc.) |
| 3 | <input type="checkbox"/> | A peu                                       |
| 4 | <input type="checkbox"/> | En bicicleta                                |
| 5 | <input type="checkbox"/> | No va a l'escola / l'institut               |

## Activitat física (II)

*Per a totes les persones entrevistades*

Ara li faré unes preguntes molt similars a les anteriors sobre activitat física els darrers 7 dies, però en aquest cas no ens referirem només al temps de lleure sinó que ha de pensar en totes les activitats que fa com a part de la feina, a casa, per desplaçar-se d'un lloc a un altre, les que fa també en el temps de lleure, etc.

En primer lloc, pensi en les activitats intenses que vostè ha realitzat en els darrers 7 dies. Activitats intenses són les que requereixen d'un gran esforç físic i li fan respirar molt més fort del normal, com ara aixecar objectes pesants, cavar, exercicis aeròbics o pedalejar a velocitat ràpida en bicicleta. Pensi només en aquelles activitats físiques intenses que ha fet almenys 10 minuts seguits.

IPAQ1. Durant els últims 7 dies, quants dies ha realitzat alguna activitat física intensa?

dies durant els darrers 7 dies ► Si no ha fet cap activitat intensa, passeu a la pregunta IPAQ3.

IPAQ2. Quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha realitzat una activitat intensa cada dia que ho ha fet?

minuts / dia

Ara pensi en totes les activitats moderades que vostè ha realitzat en els darrers 7 dies. Activitats moderades són les que requereixen d'un esforç físic moderat que li fa respirar una mica més fort del normal, com ara portar pesos lleugers, pedalejar a velocitat regular en bicicleta, o jugar dobles de tennis. Pensi només en aquelles activitats físiques moderades que ha fet almenys 10 minuts seguits. No inclou caminar.

IPAQ3. Durant els darrers 7 dies, quants dies ha realitzat alguna activitat física moderada? No s'inclou el caminar.

dies durant els darrers 7 dies ► Si no ha fet cap activitat moderada, passeu a la pregunta IPAQ5.

IPAQ4. Quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha realitzat una activitat moderada cada dia que ho ha fet?

minuts/dia

Ara pensi en el temps que va caminar en els darrers 7 dies. Això inclou caminar a la feina, a casa, per desplaçar-se d'un lloc a un altre, com a esport, per plaer, etc. Pensi només en aquelles ocasions que ha caminat almenys 10 minuts seguits.

IPAQ5. Durant els darrers 7 dies, quants dies ha caminat almenys 10 minuts seguits?

dies durant els darrers 7 dies ► Si no ha caminat cap dia, passeu a la pregunta IPAQ7.

IPAQ6. Quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha caminat cada dia que ho ha fet?

minuts/dia

La darrera pregunta es refereix al temps que ha estat sentat/da els darrers 7 dies. Inclou el temps assegut/da a la feina, a casa, a classe, estudiant, llegint, anant en transport, en el temps de lleure, mirant la televisió, etc.

IPAQ7. Durant els darrers 7 dies, quants minuts aproximadament, o com a mitjana, ha estat assegut/da cada dia que ho ha fet?

minuts/dia

## K. Estils de vida: tabac i alcohol

### Tabac

*Per a totes les persones entrevistades*

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

- |   |                          |   |                                   |
|---|--------------------------|---|-----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 1. Actualment no fuma gens.                               |                                   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 2. Actualment fuma ocasionalment (menys d'un cop al dia). | ► <i>Passeu a la pregunta Tb2</i> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 3. Actualment fuma cada dia.                              | ► <i>Passeu a la pregunta Tb2</i> |

**82. Abans, fumava vostè? *Llegiu-les***

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

*Només per a PERSONES FUMADORES actuals diàries i ocasionals (P81 respostes 2 i 3)*

**Tb2. Quant fuma cada dia? *Llegiu-les. Demanar pel consum mitjà dels dies que fumen.***

	Quantitat Consum mitjà, els dies que fuma. (Nombre total diari de .....)
1. Cigarretes amb filtre	
2. Cigarretes cargolades a mà	
3. Cigars / petit cigar	
4. Pipes	
5. Un altre tipus <sup>1</sup> : <i>Especifiqueu-lo ▼</i>	

<sup>1</sup> Tabac de mastegar, rapè, pipes d'aigua (narguil o xixa), etc.

**Tb4. Ha pensat seriosament en deixar de fumar? *LLEGIU***

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, pensa deixar-ho abans de 30 dies.  |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, pensa deixar-ho en els propers 6 mesos (inclou 6 mesos).                             |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Sí, pensa deixar-ho en el proper any (més de 6 mesos a 12 mesos).                        |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Sí, pensa deixar-ho en els propers 5 anys (més d'1 any a 5 anys).                        |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Sí, pensa deixar-ho més enllà de 5 anys.   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | No pensa deixar-ho però sí reduirà el nombre de cigarretes, cigars, pipes, etc. per dia. |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No pensa deixar-ho ni reduirà el nombre de cigarretes, cigars, pipes, etc. per dia.      |

**Tb5. Quantes vegades ha intentat vostè deixar de fumar?**

Nombre d'intents

**Tb6. El seu metge/essa o infermer/infermera...? *LLEGIU***

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Mai no li ha parlat del consum de tabac i dels seus efectes.   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Li ha recomanat alguna vegada que deixi o baixi el consum de tabac.  |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Li recomana regularment que deixi o baixi el seu consum de tabac.  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Li recomana regularment que deixi o baixi el seu consum de tabac i a més a més li ofereix algun mètode, material o suport per aconseguir-ho. |

## Tabac

*Només per a PERSONES EXFUMADORES (P82 respostes 2, 3, 4 i 5)*

Tb9. Quan temps fa que va deixar de fumar?

anys

mesos

dies

Tb10. Quantes vegades havia intentat deixar el tabac? (inclòs l'últim intent)

Nombre d'intents

*Per a totes les persones entrevistades*

Tb11. Utilitza o ha utilitzat en alguna ocasió la cigarreta electrònica? **LLEGIU**

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí, actualment.                                 |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Sí, però en el passat.                          |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Només ho ha provat.                             |
| 4 | <input type="checkbox"/> | No ho ha provat mai. ► Passeu a la pregunta 83. |

Tb12. La utilitza o l'ha utilitzada amb nicotina?

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

*Només per a persones exfumadores, fumadores ocasionals i no fumadores QUE TREBALLEN*

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

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

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

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

  persones

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

86. I durant els caps de setmana?

	1. Cap	2. Menys d'1 hora	3. D'1 a 4 hores	4. Més de 4 hores
85. Els dies feiners (de dilluns a dijous).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Els caps de setmana (divendres, dissabtes i diumenges).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Alcohol

*Per a totes les persones entrevistades*

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

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

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

	76. Freqüència de consum els dies feiners							77 Nombre habitual de consumicions (total diari)
	1 Cap dia feiner	2 Menys d'1 dia feiner per mes	3 1-3 dies feiners per mes	4 1 dia feiner per setmana	5 2 dies feiners per setmana	6 3 dies feiners per setmana	7 Cada dia feiner	
1. Cervesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Vi, cava o similars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Cigalons ( <i>carajillos</i> ), vermut, xopets i licors afruitats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Whisky, conyac, ginebra, vodka, rom, aiguardents, combinats i similars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

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

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

	78. Freqüència de consum els caps de setmana						79 Nombre habitual de consumicions (total del cap de setmana)
	1 Mai	2 Menys d'1 cap de setmana al mes	3 1 cap de setmana al mes	4 2 caps de setmana al mes	5 3 caps de setmana al mes	6 Cada cap de setmana	
1. Cervesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. Vi, cava o similars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
3. Cigalons ( <i>carajillos</i> ), vermut, xopets i licors afruitats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
4. Whisky, conyac, ginebra, vodka, rom, aiguardents, combinats i similars	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

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

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

## L. Visites mèdiques durant els últims 12 mesos i 15 dies

*Per a totes les persones entrevistades*

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

87. En els darrers 12 mesos, ha estat visitat per algun dels següents professionals sanitaris o sociosanitaris per motius de salut?  
Llegiu-los.

	1. Sí	2. No
1. Metge/essa de medicina general o de capçalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pediatre/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Optometrista (òptic/a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dentista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ginecòleg/òloga (només dones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Psiquiatre/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Metge/essa d'una altra especialitat (al·lèrgologia, aparell digestiu, dermatologia, cirurgia, reumatologia, traumatologia, endocrinologia, otorinolaringologia, nefrologia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. 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"/>
15. Llevador/a (només dones)	<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 (homeòpata, naturista, acupuntor/a, etc.)	<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, ha estat visitat per un professional sanitari o sociosanitari per motius de salut?

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

89. Durant els darrers 15 dies, ha fet alguna consulta a un professional farmacèutic per motius de salut?

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

NC1. Durant els últims 15 dies ha tingut algun problema de salut que creu que requeria atenció mèdica, però no va demanar-la?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No ► <i>Passeu a la pregunta 118</i>

NC2. Per quin motiu no ha demanat atenció sanitària?

1	<input type="checkbox"/>	Pèrdua d'hores de treball
2	<input type="checkbox"/>	Por a perdre la feina
3	<input type="checkbox"/>	Incapacitat física per desplaçar-se
4	<input type="checkbox"/>	Problemes de transport
5	<input type="checkbox"/>	No resolen el seu problema de salut
6	<input type="checkbox"/>	Haver de tenir cura d'un fill o malalt a casa
7	<input type="checkbox"/>	Li han donat hora de visita per a més endavant
8	<input type="checkbox"/>	No era prou greu
9	<input type="checkbox"/>	Ho va resoldre a la farmàcia
10	<input type="checkbox"/>	Té altres remeis curatius
11	<input type="checkbox"/>	Problemes econòmics
12	<input type="checkbox"/>	Un altre motiu. <i>Especifiqueu-lo ▼</i>

## N. Atenció especialitzada (interconsulta amb AP)

*Per a totes les persones entrevistades que hagin visitat el metge/essa de capçalera el darrer any*

118. En alguna de les visites que ha fet en els darrers 12 mesos, aquest metge/essa de capçalera ha consultat un altre metge/essa especialista?

- |   |                          |          |                            |
|---|--------------------------|----------|----------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Si       |                            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No       | ► Passeu a la pregunta 104 |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No ho sé | ► Passeu a la pregunta 104 |

119. Quin ha estat el resultat d'aquesta consulta entre el metge/essa de capçalera i l'altre metge/essa especialista? (en cas que n'hi hagi hagut més d'una, fa referència a la darrera consulta)

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | El seu metge/essa de capçalera l'ha atès amb el consell de l'altre metge/essa especialista.   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | El seu metge/essa de capçalera li ha fet fer exploracions complementàries i després l'ha derivat a l'altre metge/essa especialista. |
| 3 | <input type="checkbox"/> | El seu metge/essa de capçalera l'ha derivat a l'altre metge/essa especialista.  |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Altres <sup>1</sup> . Especifiqueu-lo▼  |

<sup>1</sup> No ho sap, encara no s'ha resolt, etc.

## O. Atenció d'urgències i hospitalitzacions

*Per a totes les persones entrevistades*

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

Vegades ► Si la resposta és 0, passeu a la pregunta 106.

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

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

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

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

vegades

## B. Context familiar i dades sociodemogràfiques

*Per a totes les persones entrevistades*

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

persones

*Si només hi viu una persona ► passeu a la pregunta 7*

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

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

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

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

1. Home
2. Dona

6. Quina edat té cadascuna d'aquestes persones?

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

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

1. Sí
2. No

*Només per a les persones que viuen amb persones discapacitades, amb persones menors de 18 anys i/o amb persones de 75 anys i més. Anoteu la resposta a la taula adjunta.*

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

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

9. Qui s'ocupa principalment de les persones menors de 18 anys (no discapacitades)? *Llegiu-ho.*

10. Qui s'ocupa principalment de les persones de 75 anys i més (no discapacitades)? *Llegiu-ho.*

	8. Persones de la llar discapacitades	Persones de la llar no discapacitades	
		9. Menors de 18 anys	10. Persones de 75 anys i més
1. Vostè sol/a (persona entrevistada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La seva parella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vostè, juntament amb la seva parella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Vostè, juntament amb una altra persona que no és la seva parella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vostè, juntament amb una persona contractada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Una altra persona de la llar que no és la seva parella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Una persona contractada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Elles mateixes (no requereixen atenció especial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Els serveis socials	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Una altra situació. <i>Especifiqui-la ▼</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Per a totes les persones entrevistades****11. A la seva llar, qui s'ocupa principalment de la feina de la llar com ara netejar, planxar, cuinar, etc.?**

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

**12. Habitualment, quantes hores diàries dedica vostè a la feina de la llar com ara netejar, planxar, cuinar, etc. durant un dia feiner?**
  Hores / dia feiner
**13. I durant el cap de setmana?**
  Hores / cap de setmana sencer (dissabte i diumenge)
**15. Quina nacionalitat té vostè?**

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

*Especifiqueu-ne el país en cas de nacionalitat estrangera*

**16. On va néixer vostè?**

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

► *Passeu a la pregunta 18*► *Passeu a la pregunta 18*► *Passeu a la pregunta 18**Especifiqueu-ne el municipi* ▼*Especifiqueu-ne la província* ▼*Especifiqueu-ne el país* ▼
**Només per a les persones que han nascut fora d'Espanya****17. Quin any va arribar a Espanya?**
Any d'arribada    
**Per a totes les persones entrevistades****18. Quin és el seu nivell màxim d'estudis finalitzats?**

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sap llegir ni escriure   |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primaris incomplets: sap llegir i escriure sense haver finalitzat l'educació primària   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primaris complets: primària completa (LOGSE) o cinc cursos aprovats d'EGB o programes de garantia social o PQPI (programa de qualificació professional inicial) o ESO incompleta                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa d'educació secundària: graduat escolar, batxillerat elemental, EGB o ESO completa, haver aprovat les proves d'accés a cicles formatius de grau mitjà  |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments de batxillerat: batxillerat superior, BUP, batxillerat LOGSE o LOE, PREU o COU, o prova d'accés a la universitat per a més grans de 25 anys  |
| 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, estudis d'arts aplicades i oficis  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments universitaris de primer cicle: diplomatura universitària, arquitectura i enginyeria tècnica, ensenyaments universitaris de cicle curt, ensenyaments universitaris de primer cicle (3 cursos) |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments universitaris de segon cicle: llicenciatura, arquitectura, enginyeria o graus  |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudis universitaris de doctorat, postgrau, màster, MIR o equivalent   |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la</i> ▼  |

19. Quina és la seva situació laboral principal actual? *Llegiu-ho.*

- |    |                          |   |                            |
|----|--------------------------|---|----------------------------|
| 1  | <input type="checkbox"/> | Treballa  |                            |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Treballa, però té una baixa laboral de més de 3 mesos |                            |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Aturat/ada amb subsidi / prestació                    | ► Passeu a la pregunta 21  |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Aturat/ada sense subsidi / prestació                  | ► Passeu a la pregunta 21  |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Feina de la llar (mestre/essa de casa)                | ► Passeu a la pregunta 22  |
| 6  | <input type="checkbox"/> | Estudiant   | ► Passeu a la pregunta 22  |
| 7  | <input type="checkbox"/> | Incapacitat/ada o amb invalidesa permanent            | ► Passeu a la pregunta 22  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Jubilat/ada per raó d'edat                            | ► Passeu a la pregunta 111 |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Jubilat/ada de forma anticipada                       | ► Passeu a la pregunta 111 |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Una altra situació. <i>Especifiqueu-la</i> ▼          | ► Passeu a la pregunta 22  |

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

20. Quina probabilitat té vostè de perdre la seva feina en els propers 6 mesos? *Llegiu-ho.*

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

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

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

Mesos ► *Si la persona aturada té prestació econòmica (preg. 19 resposta 3) passeu a la pregunta 110*

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

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

- |   |                          |    |   |
|---|--------------------------|----|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí |   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No | ► Passeu a la pregunta 27 (si NO és persona de referència) o 116 (si SÍ és persona de referència) |

*Només per a les persones que actualment NO TREBALLEN (estan a l'atur, fan feina de la llar, són estudiants o persones amb incapacitat o invalidesa permanent), (pregunta 19, respostes 3, 4, 5, 6, 7 i 10)*

110. Per quin motiu va deixar o va perdre la seva feina?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Per motius de salut                               |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Per motius familiars                              |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Per finalització del contracte                    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Per canvis organitzatius o econòmics de l'empresa |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Per acomiadament                                  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Un altre motiu. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼          |

*Només per a persones que estan jubilades (pregunta 19, respostes 8 i 9)*

111. A quina edat es va jubilar?

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

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

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

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

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

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

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

*Només per a les persones que treballen actualment (resposta 1 o 2 a la pregunta 19)*

112. Quin tipus de jornada té a la seva feina?

- |   |                          |   |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Jornada partida   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Jornada contínua, al matí (per exemple de 8 a 15 hores)     |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Jornada contínua, a la tarda (per exemple de 13 a 21 hores) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Jornada contínua, a la nit                                  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Torns   |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Jornada irregular o variable segons els dies                |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la</i> ▼            |

113. Dintre de la jornada habitual normal, té flexibilitat horària?

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

114. Quantes hores ha treballat durant la darrera setmana?   ,  total d'hores treballades la darrera setmana

115. En general, es troba satisfet/a amb les seves condicions de treball? *Llegiu-ho.*

- |   |                          |                        |
|---|--------------------------|------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Està molt satisfet/a   |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Està satisfet/a        |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Està insatisfet/a      |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Està molt insatisfet/a |

*Si la persona entrevistada és la persona de referència de la llar ► passeu a la pregunta 116*

**Persona de referència de la llar**

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

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

- |    |                          |   |
|----|--------------------------|---|
| 1  | <input type="checkbox"/> | No sap llegir ni escriure   |
| 2  | <input type="checkbox"/> | Primaris incomplets: sap llegir i escriure sense haver finalitzat l'educació primària   |
| 3  | <input type="checkbox"/> | Primaris complets: primària completa (LOGSE) o cinc cursos aprovats d'EGB o programes de garantia social o PQPI (programa de qualificació professional inicial) o ESO incompleta                          |
| 4  | <input type="checkbox"/> | Primera etapa d'educació secundària: graduat escolar, batxillerat elemental, EGB o ESO completa, haver aprovat les proves d'accés a cicles formatius de grau mitjà  |
| 5  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments de batxillerat: batxillerat superior, BUP, batxillerat LOGSE o LOE, PREU o COU, o prova d'accés a la universitat per a més grans de 25 anys  |
| 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, estudis d'arts aplicades i oficis  |
| 8  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments universitaris de primer cicle: diplomatura universitària, arquitectura i enginyeria tècnica, ensenyaments universitaris de cicle curt, ensenyaments universitaris de primer cicle (3 cursos) |
| 9  | <input type="checkbox"/> | Ensenyaments universitaris de segon cicle: llicenciatura, arquitectura, enginyeria o graus  |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Estudis universitaris de doctorat, postgrau, màster, MIR o equivalent   |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Una altra possibilitat. <i>Especifiqueu-la</i> ▼  |

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

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

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

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

- |   |                          |                               |
|---|--------------------------|-------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí                            |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No ► Passeu a la pregunta 116 |

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

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

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

31\_BIS. En quina situació es troba [la persona de referència de la llar] a la seva feina (o es trobava a l'última feina)? *Llegiu-ho.*

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

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

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

*Per a totes les persones entrevistades*

116. En relació amb el total d'ingressos nets mensuals d'aquesta família, com acostuma a arribar a final de mes? *Mostreu la targeta*

- |   |                          |                      |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Amb molta dificultat |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Amb dificultat       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Amb certa dificultat |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Amb certa facilitat  |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Amb facilitat        |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Amb molta facilitat  |

## Privació material

*Per a totes les persones entrevistades*

**PM1 i PM2. A la seva llar, tenen (o es poden permetre tenir) els equipaments següents?**

*(Distingeix les persones que no tenen perquè no volen o consideren que no ho necessiten de les que no tenen perquè no poden).*

	PM1. En tenen?	PM2. S'ho poden permetre?
1. Rentadora	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No	▶ Passeu al següent ítem 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
2. Televisor en color	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No	▶ Passeu al següent ítem 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
3. Telèfon (fix o mòbil)	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No	▶ Passeu al següent ítem 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No
4. Automòbil (s'hi inclou el cotxe d'empresa disponible per a ús personal)	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No	▶ Passeu a la pregunta PM3 1 <input type="checkbox"/> Sí 2 <input type="checkbox"/> No

**PM3. El seu habitatge té una temperatura suficientment càlida durant els mesos freds?**

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

**PM4. A la seva llar, es pot permetre....**

1. Anar de vacances, almenys una setmana a l'any?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
2. Un àpat de carn, pollastre o peix (o l'equivalent per als vegetarians) almenys cada dos dies?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No
3. Fer front a una despesa imprevista de 750€ amb els seus propis recursos?	1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No

**PM5. En els darrers 12 mesos, la seva llar s'ha endarrerit en el pagament d'algun rebut o quota de les despeses següents, degut a dificultats econòmiques?**

	1. No ha de realitzar aquest tipus de pagament	2. Sí, només una vegada	3. Sí, dues vegades o més	4. No	9. NS/NC
1. Préstecs hipotecaris sol·licitats per a la compra de l'habitatge principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Compres ajornades o altres préstecs <i>(pot considerar els préstecs hipotecaris per a segones residències, però no consideri el préstec hipotecari sol·licitat per a la compra de l'habitatge principal)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rebut del lloguer de l'habitatge principal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Factures o rebuts de serveis (llum, aigua, gas, calefacció, comunitat, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Donació d'òrgans i/o teixits

*Per a totes les persones de 18 anys i més*

Les preguntes que li farem tot seguit tracten sobre la donació d'òrgans i/o teixits DE PERSONES DIFUNTES.

DOT1. Independentment de la seva opinió sobre la donació d'òrgans i/o teixits, sap què s'ha de fer per ser donant d'òrgans i/o teixits?

- |   |                          |             |
|---|--------------------------|-------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Sí          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | No          |
| 3 | <input type="checkbox"/> | No contesta |

DOT2. Quina és la seva situació en relació amb la donació d'òrgans i/o teixits de persones difuntes? *Llegiu-ho i anoteu només una opció.*

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Estic a favor i sóc donant d'òrgans i/o teixits ( <i>passeeu a DOT3</i> )                          |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Estic a favor, no sóc donant d'òrgans i/o teixits però voldria ser-ho ( <i>passeeu a DOT3</i> )    |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Estic a favor, no sóc donant d'òrgans i/o teixits i no vull ser-ho ( <i>passeeu a DOT4</i> )       |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Estic a favor, no sóc donant d'òrgans i/o teixits i no sé si vull ser-ho ( <i>passeeu a DOT4</i> ) |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Estic en contra, no sóc donant d'òrgans i no vull ser-ho ( <i>passeeu a DOT4</i> )                 |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Una altra opció. <i>Especifiqueu-la.....</i>   |
| 7 | <input type="checkbox"/> | No ho sé/No contesta   |

*Per a les persones que són donants d'òrgans i/o teixits o voldrien ser-ho (respostes 1 i 2 de la pregunta DOT2)*

DOT3. Quins són els seus principals motius per ser o voler ser donant d'òrgans i/o teixits? *Llegiu-ho.*

	1. Sí	2. No
1. Per obligació moral (la meua consciència m'ho dicta així)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Per solidaritat o altruisme (perquè beneficia a altres persones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Per voler sobreviure a la pròpia mort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Per motius culturals o religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Per un altre motiu. <i>Especifiqueu-lo.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No vull expressar els meus motius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No ho sé/ no contesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Per a les persones que no són donants d'òrgans i/o teixits o no voldrien ser-ho (respostes 3, 4 i 5 de la pregunta DOT2)*

DOT4. Quins són els seus principals motius per no ser o no voler ser donant d'òrgans i/o teixits? *Llegiu-ho.*

	1. Sí	2. No
1. Per por que m'extreguin els òrgans i/o teixits abans d'estar realment mort / que la mort estigui confirmada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Perquè no vull que em mutilin el cos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Per motius culturals o religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Per considerar que els meus òrgans i/o teixits ja no són vàlids		
4.1. Perquè sóc massa gran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2. Perquè estic malalt / per motius de salut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Per un altre motiu. <i>Especifiqueu-lo.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. No vull expressar els meus motius	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No ho sé/ no contesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Per a totes les persones de 18 anys i més*DOT5. Ha manifestat quina és la seva posició en relació amb la donació d'òrgans i/o teixits? *Llegiu-ho.*

	1. Sí	2. No
1. Sí, la meua família o persones properes coneixen quina és la meua opinió	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sí, tinc el carnet de donant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sí, he marcat la casella corresponent a "La meua salut"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sí, li he dit al meu metge/essa de capçalera i consta en la Història Clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sí, ho he reflectit en el meu Document de Voluntats Anticipades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Una altra opció. <i>Especifiqueu-la.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No ho sé/ no contesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DOT6. Si li demanessin el consentiment per a la donació dels òrgans i/o teixits d'un familiar difunt i no coneguéss la seva opinió al respecte, faria efectiva la donació?

1	<input type="checkbox"/>	Sí
2	<input type="checkbox"/>	No
3	<input type="checkbox"/>	Una altra opció. <i>Especifiqueu-la.....</i>
4	<input type="checkbox"/>	No ho sé
5	<input type="checkbox"/>	No contesta

DOT7. I si coneguéss l'opinió del difunt, la respectaria?

1	<input type="checkbox"/>	Sí, sempre
2	<input type="checkbox"/>	Sí, si coincideix amb la meua opinió
3	<input type="checkbox"/>	No
4	<input type="checkbox"/>	Una altra opció. <i>Especifiqueu-la.....</i>
5	<input type="checkbox"/>	No ho sé
6	<input type="checkbox"/>	No contesta

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

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

## P. FITXA D'OBSERVACIÓ (l'ha d'emplenar l'enquestador/a)

200. Hora de finalització de l'entrevista

--	--	--	--

201. Durada total de l'entrevista en minuts

--	--

 minuts

202. Titular o substitut/a

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

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

0	<input type="checkbox"/>	No s'ha utilitzat qüestionari indirecte ▶ <i>Passeu a la 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"/>	Si
2	<input type="checkbox"/>	Es trobava en el domicili, però en una altra habitació
3	<input type="checkbox"/>	No era al domicili

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

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

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

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

207. Presència de terceres persones durant l'entrevista

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

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

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. A l'interès en respondre l'enquesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

210. Lloc de realització de l'entrevista

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

211. Tipus d'habitatge on viu la persona entrevistada

1	<input type="checkbox"/>	Edifici de pisos amb ascensor	►
2	<input type="checkbox"/>	Edifici de pisos sense ascensor	►
3	<input type="checkbox"/>	Casa unifamiliar adossada	► <i>Passeu a la pregunta 213</i>
4	<input type="checkbox"/>	Casa unifamiliar entremitgera	► <i>Passeu a la pregunta 213</i>
5	<input type="checkbox"/>	Casa unifamiliar aïllada	► <i>Passeu a la pregunta 213</i>
6	<input type="checkbox"/>	Un altre tipus. <i>Especifiqueu-lo</i> ▼	

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"/>	Si
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"/>	Si
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