



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

Validación de un instrumento para la evaluación de factores de riesgo
que contribuyen al desarrollo de cáncer infantil

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS

P R E S E N T A

Adrián Rodríguez Hernández

Nombre del tutor

**Dra. S. Aída Borges Yáñez
Facultad de Odontología, UNAM**

**Comité tutor:
Dra. Gabriela E. Mercado Celis
Facultad de Odontología, UNAM
Dra. Alejandra Moreno Altamirano
Facultad de Medicina, UNAM**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., MAYO DE 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen	4
Abstract	5
Introducción	6
Marco teórico	7
Epidemiología	8
Factores de riesgo	9
Cuestionarios sobre cáncer infantil	18
Validación de instrumentos de medición	22
Planteamiento del problema	25
Justificación	25
Objetivos	26
Objetivo general	26
Objetivos específicos	26
Hipótesis	27
Material y métodos	28
Tipo de estudio	28
Población de estudio	28
Tamaño y selección de muestra	28
Criterios de selección	29
Variables	30
Definición operacional de las variables	32
Variables de factores de riesgo de la madre	33
Variables de factores de riesgo del padre	49
Variables de factores de riesgo del/la hijo/a	55
Etapas del proyecto	57
Métodos de recolección de información	62
Aspectos éticos	64
Métodos de procesamiento y análisis estadístico	64
Resultados	66
Características sociodemográficas	66

Selección de preguntas	67
Validez de contenido	69
Primera prueba piloto	71
Segunda prueba piloto	73
Adaptación cultural	73
Distribución de frecuencia de las respuestas	74
Análisis de la consistencia interna	74
Preguntas dirigidas a la madre	74
Preguntas dirigidas al padre	85
Preguntas dirigidas a la exposición del hijo/a	90
Discusión	94
Conclusiones	96
Referencias bibliográficas	97

RESUMEN

Introducción: La etiología del cáncer infantil no ha sido bien definida, se ha estudiado la relación que existe entre la exposición parental a distintos factores ambientales y su posible asociación con la presencia de cáncer infantil.

Objetivo: Estimar los valores de confiabilidad y validez de un cuestionario diseñado para identificar factores de riesgo ambientales y su asociación con la presencia de cáncer infantil en padres y madres de niños con cáncer infantil participantes en la Fundación Aquí Nadie se Rinde (ANSER) en la Ciudad de México en el año 2019 y 2020.

Método: Estudio transversal de validación. Aceptaron participar 54 familias. El cuestionario se construyó a partir de cuatro cuestionarios utilizados por grupos de investigación sobre cáncer infantil. Variables: Tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas, exposición a radiación, exposición a pesticidas, exposición a productos derivados de petróleo, antecedentes familiares de cáncer, exposición residencial, consumo materno de café y antecedentes ginecológicos. Se estimó la validez de contenido y la consistencia interna (Alpha de Cronbach) por dimensión.

Resultados: La versión final consta de 294 preguntas: 190 para la madre, 72 para el padre y 32 para el/la hijo(a). La validez de contenido del instrumento fue de 0.85. Las siguientes categorías de ítems mostraron valores adecuados de confiabilidad: tabaquismo pasivo (0.88), consumo de bebidas alcohólicas (0.87), exposición a radiación (0.66), exposición a ultrasonidos (0.76), número de embarazos (0.70), exposición a lacas y pinturas (0.61), y consumo de café de la madre (0.62). Exposición a radiación del padre (0.96). Exposición a pesticidas y similares (0.79) y exposición residencial por parte del niño o niña (0.69).

Conclusiones: Se obtuvieron tres cuestionarios adaptados transculturalmente para población mexicana con preguntas sobre los factores de riesgo ambientales reconocidos para cáncer infantil. Se necesita de una muestra más grande para poder estimar nuevamente la confiabilidad y la repetibilidad de los cuestionarios.

ABSTRACT

Introduction: The etiology of childhood cancer has not been well defined, the association between parental exposure to different environmental factors and the presence of childhood cancer has been studied.

Objective: To estimate the reliability and content validity of a questionnaire designed to identify environmental risk factors and their association with the presence of childhood cancer in fathers and mothers of children with childhood cancer who participated in the Fundación *Aquí Nadie se Rinde* (ANSeR) in Mexico City in 2019 and 2020.

Method: Cross-sectional validation study, 54 families agreed to participate. The questionnaire was constructed from four questionnaires used by research groups on childhood cancer. Variables: Smoking, alcoholism, drug use, radiation exposure, pesticide exposure, exposure to petroleum products, family history of cancer, residential exposure, maternal coffee consumption, and gynecological history. Content validity and internal consistency (Cronbach's Alpha) were estimated by dimension.

Results: The final version consists of 294 questions: 190 for the mother, 72 for the father and 32 for the child. The content validity of the instrument was 0.85. The following categories of items showed adequate reliability values: passive smoking (0.88), consumption of alcoholic beverages (0.87), exposure to radiation (0.66), exposure to ultrasound (0.76), number of pregnancies (0.70), exposure to lacquers and paints (0.61), and mother's coffee consumption (0.62). Father's radiation exposure (0.96). Exposure to pesticides and similar (0.79) and residential exposure by the child (0.69).

Conclusions: Three cross-culturally adapted questionnaires were obtained for the Mexican population with questions about recognized environmental risk factors for childhood cancer. A larger sample is needed to re-estimate the reliability and repeatability of the questionnaires.

INTRODUCCIÓN

El cáncer infantil es una de las principales causas de muerte en niños en todo el mundo, en México se considera la segunda causa de mortalidad en niños de 4 a 15 años.

A diferencia de cáncer en adultos, la mayoría de los cánceres que ocurren en los niños, no se conoce las causas, sin embargo, se ha sugerido que ciertos factores genéticos y no genéticos prenatales y posnatales contribuyen a la susceptibilidad. Exposiciones de la madre y el padre antes, durante y después del embarazo y exposiciones del niño en sus primeros años de vida se han asociado fuertemente con el desarrollo de cáncer infantil.

La Agencia Internacional de Investigación en cáncer por parte de la OMS ha identificado y clasificado diversas exposiciones y factores de riesgo como cancerígenos. Diversos grupos de investigación han estudiado la relación que existe entre diversos factores identificados como cancerígenos para conocer su asociación con cáncer infantil. Se ha encontrado asociación positiva de exposición a radiación, exposición a pesticidas, consumo de alcohol, tabaquismo, exposición a gasolina y exposición a pinturas. Actualmente no existe evidencia sobre la validación de los cuestionarios que utilizan los diversos grupos de investigación en Estados Unidos y Europa.

El objetivo del presente proyecto fue diseñar y estimar la confiabilidad y validez de un cuestionario diseñado para identificar factores de riesgo ambientales que contribuyen al desarrollo de cáncer infantil, con el objetivo de poder identificar con mayor precisión los factores de riesgo ambientales que están relacionados en población mexicana.

MARCO TEÓRICO

Cáncer es un término que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; otros términos son tumores o neoplasias malignas. Una característica conceptual del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y que pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, a este proceso se le denomina metástasis. Las metástasis se producen por la transformación de células normales en células tumorales es un proceso de varias etapas que suele consistir en la progresión de una lesión precancerosa a un tumor maligno, son la principal causa de muerte por cáncer.(1)

El cáncer infantil o pediátrico es un término usado para describir cánceres que ocurren entre el nacimiento y los 15 años. Los cánceres infantiles son muy raros y pueden diferir de los cánceres de adultos en la forma en que crecen y se diseminan, cómo se tratan y cómo responden al tratamiento. (2, 3)

En los países de altos ingresos, la supervivencia del cáncer infantil ha alcanzado el 80%. La tasa de disminución de la mortalidad se ha ralentizado sustancialmente desde los años 2000.(4)

La Clasificación Internacional de Cáncer en niños en su tercera edición (CICI-3), agrupa las neoplasias infantiles en: I) Leucemias, II) Linfomas, III) Tumores del sistema nervioso central, IV) Neuroblastoma, V) Retinoblastoma, VI) Tumores renales, VII) Tumores hepáticos, VIII) Tumores óseos malignos, IX) Tumores de tejidos blandos X) Tumores de células germinales, XI) Neoplasias epiteliales y XII) otros tumores no específicos.(3)

Epidemiología

A pesar de ser biológicamente diferente al cáncer en adultos, es una de las principales causas de muerte en niños en todo el mundo, y la incidencia registrada tiende a aumentar con el tiempo. Representa del 1-4% de todos los cánceres en el mundo.(4, 5)

Según el reporte de cáncer mundial 2014 por la OMS, la incidencia de cáncer en la población infantil varía entre 50 y 200 casos por cada millón de niños.(6)

La leucemia, es el cáncer infantil más común, representa casi un tercio de todos los cánceres en niños menores de 15 años.(7-9) De todos los tipos de leucemia, la leucemia linfoblástica es el tipo más común. Las neoplasias hematológicas representan el 40-60% de los tumores en los primeros 15 años de vida. Los tumores embrionarios (por ejemplo, retinoblastoma, neuroblastoma, nefroblastoma) constituyen aproximadamente el 20% de las neoplasias malignas infantiles. Los carcinomas representan menos del 5% de los tumores infantiles.(10, 11)

En México, el cáncer infantil entre las edades de 4-15 años representa la segunda causa de mortalidad. En el año 2014, se reportó la distribución e incidencia de cáncer infantil en México, la incidencia representó que, por cada millón de personas, enfermaron 156.9 en 2012; de 14178 niños registrados con cáncer entre 2007 y 2012, la leucemia representó 49.8 % de casos.(12)

Realizar el diagnóstico de una neoplasia infantil puede resultar complicado en un principio, a menudo se presenta con síntomas inespecíficos similares a los de afecciones benignas que provocan retrasos en el diagnóstico y el inicio de un tratamiento apropiado.(13-15)

El diagnóstico temprano es útil en todas las situaciones para la mayoría de los tipos de cáncer. Cuando la enfermedad se diagnostica en una fase avanzada, no siempre es posible administrar un tratamiento curativo. No obstante, es posible elaborar

programas que permitan reducir los retrasos y los obstáculos que impiden proporcionar los servicios de diagnóstico y tratamiento adecuados.(1)

El diagnóstico temprano abarca tres pasos sucesivos, que se deben integrar y llevar a cabo oportunamente:

- Conciencia del posible problema de salud y acceso a la atención médica
- Evaluación clínica, diagnóstico y estadificación
- Acceso al tratamiento

La probabilidad de supervivencia aumenta cuando el cáncer se diagnostica de manera temprana, disminuyendo la morbilidad y costo del tratamiento, además de que es más probable que el tratamiento sea eficaz.(1)

La Agencia Internacional para la Investigación sobre Cáncer (IACR) clasifica cinco grupos a partir de la solidez de la evidencia científica sobre la asociación potencial con el cáncer en humanos.(16) El Grupo 1, integra los agentes que han demostrado ser cancerígenos, algunos ejemplos son: Alcohol (17-20), asbestos (21-24), arsénico(25-27), benceno (28-30), formaldehído (31-33), radiación ionizante(34) (35) (36), radiación solar (37) (38) (39), tabaquismo activo o pasivo (40, 41) (42, 43); el Grupo 2A, integra los agentes que son probablemente cancerígenos, como la exposición ocupacional: refinerías petroleras(44), peluqueros (45), trabajo por turnos que involucra interrupción circadiana(46-48); el Grupo 2B, integra los agentes que son posiblemente cancerígenos, algunos ejemplos son: Exposición ocupacional de bomberos (49, 50), tintorerías(51) consumo de café(52, 53) , exposición a: Diesel (54-56), campos magnéticos(57, 58), estireno(59, 60); el Grupo 3, integra un grupo que no es clasificable en cuanto a carcinogenicidad, algunos ejemplos son: el consumo de agua clorada (61, 62), exposición a campos eléctricos (63, 64) o luces fluorescentes(65) y el uso de productos para el cabello (65-67), por último, el Grupo 4, está compuesto por un solo agente que probablemente no es cancerígeno en humanos puesto que no ha demostrado asociación: caprolactama (16). (Tabla 1)

Tabla 1 Clasificación de cáncer de la Agencia Internacional para la Investigación sobre Cáncer (IARC)

Grupo	Descripción	No. de agentes cancerígenos	Ejemplos
1 Carcinógeno para los humanos	Evidencia que se asocia con cáncer en humanos	120	Alcohol, asbesto, arsénico, benceno, formaldehído, radiación ionizante, radiación solar, tabaquismo activo o pasivo
2A Probablemente cancerígeno para los humanos	Evidencia limitada de una asociación de cáncer en humanos, pero suficiente evidencia en experimentos con animales	82	Exposición ocupacional: refinерías petroleras, peluqueros, trabajo por turnos que involucra interrupción circadiana
2B Probablemente cancerígeno para los humanos	Evidencia limitada de una asociación de cáncer en humanos, pero suficiente evidencia en experimentos con animales	302	Exposición ocupacional (bomberos), consumo de café, exposición a: diésel, campos magnéticos, estireno
3 No clasificable en cuanto a su carcinogenicidad para los humanos	La evidencia indica que no es posible clasificar a un agente en función de la información disponible	501	Ácido acrílico, consumo de agua clorada, exposición a campos eléctricos o luces fluorescentes, uso de productos para el cabello
4 Probablemente no cancerígeno para los humanos	Evidencia no cancerígena para humanos	1	Caprolactama

(16) International Agency for Research on Cancer

Aunque en la mayoría de los casos, la causa de cáncer infantil no se conoce, se ha sugerido que ciertos factores genéticos y no genéticos prenatales y posnatales contribuyen a la susceptibilidad. Factores de riesgo que incluyen el peso al nacer, la edad avanzada de los padres y las enfermedades congénitas se asocian fuertemente con la mayoría de los tipos de cáncer pediátrico(7, 68, 69). Entre los factores de riesgo parentales que han demostrado fuerza de asociación, se ha descrito la exposición a radiación ionizante, radiación no ionizante, exposición a campos magnéticos, contaminación del aire, exposición prenatal y postnatal a Rayos X, exposición a hidrocarburos, exposición a pesticidas, consumo de carne

procesada, uso de suplementos y vitaminas antes y durante el embarazo, consumo de alcohol, consumo de marihuana u otras drogas, antecedentes reproductivos maternos y tabaquismo (9, 70, 71).

En relación con la exposición a pesticidas, Bailey y cols. Identificaron en los datos de 12 estudios de casos y controles del Consorcio Internacional de Leucemia Infantil, que la exposición a pesticidas poco antes de la concepción, durante el embarazo y después del nacimiento se asoció con el desarrollo de leucemia linfoblástica aguda (RM=1.39; IC95% 1.32-1.54) (72). Greenop y cols., en Australia, identificaron que estar presente cuando un profesional realiza control de plagas en su hogar un año antes de la concepción, está asociado con el desarrollo de tumores cerebrales infantiles (RM=1.54; IC95% 1.07-2.22) (73). Estos mismos autores en otro estudio similar, identificaron que la exposición a la pintura en el hogar en los tres meses anteriores a la concepción aumenta el riesgo de leucemia linfoblástica aguda infantil (RM=1.54; IC95% 1.28-1.85)(74). Rudant y cols., realizaron un estudio de casos y controles en Francia, donde identificaron que el uso materno de insecticida durante el embarazo se asoció con leucemia infantil (RM=2.1; IC95% 1.7-2.5), con leucemia linfoblástica aguda, leucemia mieloide y linfoma no Hodgkin (RM=1.8; IC95% 1.3-2.6), aunque la asociación más fuerte se identificó con linfoma de Burkitt (RM=2.7; IC95% 1.6-4.5) y linfoma Hodgkin de células mixtas (RM=4.1; IC95% 1.4-11.8), mientras que el uso paterno de pesticidas también se asoció con leucemia infantil (RM=1.5; IC95% 1.2-1.8) y linfoma no Hodgkin (RM=1.7; IC95% 1.2-2.6)(75). Por otro lado, Shu y cols., en un estudio de casos y controles en el *Children's Oncology Group*, identificaron que la exposición materna a pinturas y thinner se asoció con el desarrollo de leucemia linfocítica aguda (RM=1.6 IC95% 1.2-2.22) (76).

Tabaquismo

Para la exposición a tabaquismo, Mattioli y cols., en un estudio de casos incidentes en Italia, identificaron que el humo paterno (más de 11 cigarrillos al día) en el período de concepción se asoció con leucemia no linfocítica aguda (RM= 1.79; IC95% 1.01-3.15), para la exposición del humo de tabaco materno no encontraron asociación (RM=0.83; IC95% 0.38-1.81)(77). Mientras que Milne y cols., En un estudio de casos y controles identificaron que el tabaquismo paterno (más de 20 cigarrillos / día) resultó en un aumento sustancial en el riesgo de leucemia linfoblástica aguda (RM=1.44; IC95% 1.24-1.68)(78). Plichart y cols., en un estudio de casos y controles realizado en Francia, identificaron que el tabaquismo paterno durante el año previo al embarazo tuvo una importante asociación con la presencia astrocitomas (RM=3.1; IC95% 1.3-7.6), mientras que el tabaquismo materno durante el embarazo no se asoció con la presencia de tumores del sistema nervioso central (RM=1.1; IC95% 0.8-1.6)(79).

Consumo de alcohol

En cuanto a la exposición al alcohol, Karalexi y cols., realizaron un metaanálisis con datos de 39 estudios de casos y controles. Encontraron asociación entre el consumo materno de alcohol durante el embarazo, exclusivamente con la leucemia mieloide aguda, con mayor fuerza de la asociación a mayor consumo (consumo moderado RM=1.64; IC95% 1.23-2.17), consumo elevado RM=2.36; IC95% 1.60-3.49).(80). Orsi y cols., en un estudio de casos y controles en Francia, no encontraron asociación entre el consumo de alcohol materno durante el embarazo y el desarrollo de leucemia aguda infantil (RM=1.3; IC95% 0.8-2.0)(81). Sin embargo, MacArthur y cols., en un estudio de casos y controles en Canadá, identificaron que el consumo materno de alcohol durante el embarazo se asoció con la presencia de leucemia infantil (RM=1.39; IC95% 1.01-1.93).(82)

Otros factores

Miligi y cols., realizaron un estudio de casos y controles en Italia, e identificaron que la exposición paterna a gases del escape de vehículos con Diesel (RM=1.4; IC95% 1.1-1.8) y la exposición a gasolina (RM=1.5; IC95% 1.0-2.2) se asociaron con la presencia de leucemia infantil y linfoma no Hodgkin respectivamente.(83)

En relación con la exposición a benceno, Spycher y cols., en un estudio de cohorte en Suiza, identificaron que la exposición materna a benceno estuvo asociada con leucemia (RR=1.73; IC95; 1.12-2.67) y leucemia linfoblástica aguda (RR=1.88; IC95% 1.16-3.04)(28). Mientras que Wallace y cols., realizaron un meta-análisis para identificar la asociación de la exposición parental a benceno y su relación con cáncer infantil, encontraron que la exposición laboral y doméstica por parte de los padres, está relacionada con leucemia infantil (RR= 1.96; IC95% 1.52-2.52)(30).

Con respecto a la exposición infantil a rayos X, Bartley y cols., realizaron un estudio de casos y controles en California e identificaron que la exposición temprana a los Rayos X se asocia con un mayor riesgo de leucemia linfoblástica aguda (RM= 1.85; IC95% 1.12-2.79)(84).

En la Tabla 2, se muestran los factores de riesgo que han sido identificados y clasificados como cancerígenos o probablemente cancerígenos por parte de la IARC en relación con cáncer infantil, el país donde se realizó cada estudio, la razón de momios, su intervalo de confianza y el tipo de cáncer al que va dirigido cada estudio (Tabla 2).

Tabla 2. Factores identificados como cancerígenos por la Agencia Internacional para la Investigación sobre cáncer para cáncer infantil.

Exposición	País	Fuerza de asociación (Razón de Momios e IC95%)	Tipo de cáncer al que va dirigido
Exposición a pesticidas materna (72-74)	Francia	RM = 2.1; IC 95%, 1.7-2.5	Leucemia aguda
	Francia	RM=1.8; IC95% 1.3-2.6	Linfoma no Hodgkin

Exposición paterna a pesticidas(75)	Australia	RM=1.39; IC95% 1.32-1.54	Leucemia linfoblástica aguda
	Francia	RM=1.54; IC95% 1.07-2.22	Tumores cerebrales infantiles
		RM=1.5; IC95% 1.2-1.8 RM=1.7; IC95% 1.2-2.6	Leucemia infantil Linfoma no Hodgkin
Tabaquismo paterno(77-79)	Italia	RM para ≥ 11 cigarrillos / día = 1.79; IC 95% 1.01-3.15	Leucemia no linfocítica aguda
	Australia	RM para >20 cigarrillos / día =1.44; IC95% 1.24-1.68	Leucemia linfoblástica aguda
Consumo de alcohol (80, 82)	Canadá	RM = 1.39; IC 95% 1.01-1.93	Leucemia
	Consumo moderado	RM=1.64; IC95% 1.23-2.17	Leucemia aguda mieloide
	Consumo elevado	RM=2.36; IC95% 1.60-3.49	Leucemia aguda mieloide
Exposición paterna a gases del escape de vehículos con Diesel (83) Gasolina	Italia	RM=1.4; IC95% 1.1-1.8	Leucemia infantil
	Italia	RM=1.5; IC95% 1.0-2.2	Linfoma no Hodgkin
Exposición materna a pinturas y thinners (76) Exposición pinturas en el hogar(74)	E.U.	RM=1.6 IC95% 1.2-2.22	Leucemia linfoblástica aguda
		RM=1.54; IC95% 1.28-1.85	Leucemia linfoblástica aguda
Exposición materna a benceno(28) Exposición parental a benceno(30)	Suiza	RM = 1.73; IC95% 1.12-2.67	Leucemia infantil
		RM = 1.88 IC95% 1.16-3-04	Leucemia linfoblástica aguda
		RR= 1.96; IC95% 1.53-2.52	Leucemia infantil
Exposición infantil a Rayos X(84)	E.U.	RM = 1.85; IC95% 1.12-2.79	Leucemia linfoblástica aguda

Consumo de drogas

Bluhm y cols., identificaron en un estudio de casos y controles de los Estados Unidos, que el consumo materno de cualquier droga ilícita durante el embarazo se asoció con el desarrollo de neuroblastoma en su descendencia (RM=1.82; IC95% 1.13-3.00), el consumo de marihuana en el primer trimestre del embarazo tuvo una mayor asociación (RM=4.75; IC95% 1.55-16.48).(85) Sin embargo, Trivers y cols. Identificaron que el uso materno de marihuana en cualquier momento durante los tres meses anteriores o durante el embarazo se asoció inversamente con la leucemia mieloide aguda (RM=0.43; IC95% 0.23-0.80).(86)

Consumo de Café

Con respecto al consumo materno de café, Cheng y cols., realizaron un metaanálisis basado en siete artículos de casos y controles, e identificaron que el consumo materno de café durante el embarazo puede aumentar el riesgo de leucemia aguda infantil (RM=1.22; IC95, 1.04-1.43) (87). Por otro lado, Tromopoulous y cols., realizaron un meta análisis de 12 estudios de casos y controles, donde identificaron que el consumo de café se asoció positivamente con la leucemia linfoblástica aguda (RM= 1.43; IC95% 1.22-1.68) y la leucemia mieloide aguda (RM=2.52; IC95% 1.59-3.57); mientras que el consumo de té, se asoció inversamente con la leucemia infantil (RM=0.85; IC95% 0.75-0.97)(88). Buenaventura y cols., realizaron un estudio de casos y controles en Francia, e identificaron que el consumo de refrescos de cola durante el embarazo se asoció con la leucemia linfoblástica aguda (RM=1.3; IC95% 1.0-1.5); y tomar dos tazas de café al día también se asoció con la leucemia linfoblástica aguda (RM=1.5; IC95% 1.1-2.0) y la leucemia mieloide aguda (RM=2.4; IC95% 1.3-4.3)(89). Plichart y cols., en un estudio de casos y controles en Francia, encontraron que el consumo materno de té y café durante el embarazo estuvo asociado con la presencia de tumores del sistema nervioso central (RM=4.4; IC95% 4.4-1.5-13).(79)

Antecedentes familiares de cáncer

Con respecto a los antecedentes de cáncer en la familia, Rudant y cols., realizaron un estudio de casos y controles en Francia e identificaron que la presencia de cualquier tipo de cáncer en los familiares de primer y segundo grado se asoció con la presencia de Linfoma Hodgkin (RM=1.5; IC95% 1.0-2.2) y Linfoma No Hodgkin (RM=1.8; IC95% 1.3-2.5)(90). Perillat y cols., en Francia, identificaron que los antecedentes familiares de primer y segundo grado de enfermedades tiroideas como hiper e hipotiroidismo se asociaron con el desarrollo de leucemia linfoblástica aguda (RM=3.5; IC95% 1.1-10-7).(91)

Exposición a líneas de alto voltaje

Para la exposición de líneas eléctricas de alto voltaje, Gerald y cols., en Inglaterra y Gales, identificaron que los niños que vivían a menos de 200 m de líneas eléctricas de alto voltaje tuvieron mayor riesgo de desarrollar leucemia infantil (RM=1.69; IC95% 1.13-2.53).(92)

Mientras que, para los antecedentes reproductivos, Ajrouche y cols., identificaron que los antecedentes de mortinatos y abortos estuvieron asociados con leucemia linfoblástica aguda (RM=2.6; IC95% 1.1-5.9) y los antecedentes de abortos espontáneos estuvieron asociados con leucemia mieloide aguda (RM=1.8; IC95% 1.1-2.8). (93)

Para los antecedentes personales patológicos, Marylin y cols., en un estudio en el norte de California, identificaron que los antecedentes de neumonía o influenza de la madre se asociaron con leucemia linfoblástica aguda (RM=1.89; IC95% 1.24-2.89), así como la historia materna de enfermedades de transmisión sexual, como la clamidia y el herpes genital. El virus del papiloma humano también se asoció con un riesgo significativamente mayor de leucemia infantil (RM=6.33; IC95% 1.65-24.27).(94)

En la Tabla 3, se muestran los factores de riesgo que posiblemente estén relacionados con cáncer infantil, el país donde se realizó cada estudio, la razón de momios con su intervalo de confianza y el tipo de cáncer. (Tabla 3)

Tabla 3. Factores de riesgo con mayor fuerza de asociación con cáncer infantil

Exposición	País	Fuerza de asociación (Razón de momios e IC95%)	Tipo de cáncer	
Consumo de drogas(85)	E.U.	RM=1.82; IC95% 1.13-3.00	Neuroblastoma	
Consumo materno de café (79, 87-89)	Francia	RM=1.22; IC95, 1.04-1-43	Leucemia aguda	linfoblástica
		RM= 1.43; IC95% 1.22-1.68	Leucemia aguda	mieloide
		RM=2.52; IC95% 1.59-3.57 RM=1.5; IC95% 1.1-2.0	Leucemia aguda	linfoblástica
Consumo de refresco de cola(89)	Francia	RM=1.3; IC95% 1.0-1.5	Leucemia aguda	linfoblástica
Antecedentes familiares de cáncer(90)	Francia	RM = 1.5; IC 95%, 1.0-2.2	Linfoma Hodgkin	
		RM = 1.8; IC 95%, 1.3-2.5	Linfoma no Hodgkin	
Exposición a líneas de alto voltaje (92)	Inglaterra y Gales	RM = 1.69 IC 95%, 1.13-2.53	Leucemia	
Antecedentes reproductivos maternos (Historias de mortinatos(93)	Francia	RM = 2.6; IC 95%, 1.1-5.9	Leucemia aguda	linfoblástica
Antecedentes reproductivos maternos (Abortos espontáneos)(93)	Francia	RM = 1.8; IC 95%, 1.1-2.8	Leucemia aguda	mieloide
Exposición infantil a Rayos X(84)	E.U.	RM = 1.85; IC95% 1.12-2.79	Leucemia aguda	linfoblástica
Antecedentes personales patológicos (neumonía e influenza)(94)	E.U.	RM=1.89; IC95% 1.24-2.89	Leucemia aguda	linfoblástica

Cuestionarios sobre cáncer infantil

Diferentes estudios han utilizado cuestionarios con el objetivo de analizar la relación que existe entre factores de riesgo ambientales y el desarrollo de cáncer infantil.

El estudio ESCALE (*Étude cas-témoins sur les cancers de l'enfant*)(95), el estudio SETIL (*Italian multicentric epidemiological case-control study on risk factors for childhood leukaemia, non Hodgkin lymphoma and neuroblastoma*)(96) un estudio de base poblacional de casos y controles realizado en 14 regiones de Italia sobre leucemia infantil.

El estudio MOBI-KIDS (*Risk of brain cancer from exposure to radiofrequency fields in childhood and adolescence*)(97), el estudio *California Childhood Leukemia Study*(98).

El estudio *New Leads Leukemia and Down Syndrome Study* de la Universidad de Minnesota, el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos (99)

Consortios como el *Childhood Leukemia International Consortium* (83), la *European Society for Paediatric Oncology*(100), y el *Childhood Cancer International*(101).

La mayoría tiene como propósito obtener información acerca de las características sociodemográficas de los padres, historial médico, el estilo de vida, la historia residencial, ocupación y exposiciones ambientales antes de la concepción, durante el embarazo y después del nacimiento. Aunque, los instrumentos no están disponibles, es posible solicitarlos directamente a los responsables de los estudios.

El Departamento de Atención a la Salud y Epidemiología de la Universidad de Columbia Británica, utiliza un cuestionario estandarizado que, además de incluir características sociodemográficas, incluye preguntas sobre el historial de tabaquismo materno y el consumo de alcohol.(82)

El Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos(99) utiliza y pone a disposición cuestionarios para la obtención de información acerca de los factores de riesgo de cáncer, y sobre antecedentes como: tabaquismo, alcoholismo, factores

socioeconómicos, historia de cáncer familiar, exposición ocupacional, entre otros. Además, ha desarrollado cuestionarios especiales con módulos de trabajo y módulos de trabajo específicos, designados para obtener información detallada sobre la exposición de más de 40 trabajos en tareas, prácticas laborales, productos químicos, equipos, controles de ingeniería, equipos de protección personal y exposiciones indirectas entre otros.(102, 103) (Tabla 4).

Tabla 4. Cuestionarios diseñados por el Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos.

Factores de riesgo que estudian	Objetivo del cuestionario	Tipo de cáncer al que va dirigido
Exposiciones a aparatos eléctricos	Recopilar información sobre la exposición a los artefactos eléctricos	Leucemia infantil
Aficiones-Exposición en el hogar	Recopilar información sobre pasatiempos y / u otras exposiciones en el hogar	Leucemia infantil
Exposición de mascotas	Recopilar información sobre la exposición a mascotas	Leucemia infantil
Historia familiar de cáncer	Recopilar el historial familiar de cáncer (está presentado en tres secciones: un cuestionario para la madre, otro para el padre y uno para el niño)	Meduloblastoma infantil
Exposición a radiación	Recopilar información sobre los campos electromagnéticos y la exposición a la radiación	Leucemia infantil
Vacunas en la niñez	Recopilar información sobre inmunizaciones en la primera infancia.	Leucemia infantil
Exposición personal a los campos electromagnéticos	Preguntas para recopilar información sobre otras exposiciones personales a los campos electromagnéticos.	Leucemia infantil

(99) National Cancer Institute.

En diversos estudios(104-106), la División de Investigación Clínica y Epidemiológica Pediátrica de la Universidad de Minnesota y el Children's Oncology Group, han aplicado entrevistas telefónicas, con el fin de obtener información demográfica, historial médico, características del embarazo y hábitos personales (consumo de

tabaco y alcohol) de padres y madres de niños con leucemia o de padres de niños con Síndrome de Down. Estos estudios encontraron asociación positiva de leucemia con el tabaquismo, alcoholismo(107), exposición parental a hidrocarburos(108) e ingesta de vitaminas en el embarazo(104). Se aplican tres cuestionarios distintos, uno va dirigido al padre, otro para la madre y uno para el niño, con el fin de obtener información por separado y evaluar las diferencias entre las exposiciones de cada uno de los padres y la relación con el desarrollo de cáncer infantil. Cada uno de los cuestionarios se divide en distintas secciones como: antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales patológicos, hábitos dietéticos, exposición a distintos productos de limpieza, exposición a Rx o fluorescencia, consumo de alcohol o bebidas energizantes, tabaquismo, consumo de suplementos o vitaminas, antecedentes ginecológicos. Sin embargo, no se describe cual fue el proceso de validación de este instrumento.

El Estudio de Leucemia Infantil de California (CCLS por sus siglas en inglés), desarrolló diecinueve módulos de trabajo para obtener la información ocupacional detallada necesaria para proporcionar estimaciones semicuantitativas de la exposición ocupacional parental, incluido el momento, frecuencia, duración e intensidad de la exposición ocupacional de los padres a plaguicidas desde el año anterior al embarazo hasta el tercer año de vida del niño. Encontraron que la exposición ocupacional paterna prenatal a los pesticidas se asoció con un aumento aproximado del 70% en el riesgo de LLA (Leucemia Linfoblástica Aguda) infantil, mientras que la exposición ocupacional materna antes y después del nacimiento no se asoció con el desarrollo de LLA.(98)

El estudio ESCALE (*Étude cas-témoins sur les cancers de l'enfant*)(95), es un estudio nacional desarrollado por la Sociedad Francesa de Lucha contra los Cánceres del Niño y del Adolescente (SFCE por sus siglas en francés) realizado en 2003 y 2004 (11 millones de niños <15 años de edad), para investigar el papel de los factores infecciosos, ambientales y genéticos en cuatro enfermedades

neoplásicas infantiles (leucemia aguda, linfoma, neuroblastoma, y tumor cerebral). Distintos estudios realizados con base en el estudio ESCALE(75, 90, 109-111), mencionan el uso de entrevistas telefónicas estandarizadas.

El estudio SETIL (Studio Sulla Eziologia dei Tumori Infantili Linfoemopoietici) es un estudio multicéntrico italiano de casos y controles sobre factores de riesgo para leucemia, linfoma No Hodgkin y neuroblastoma. La recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de un cuestionario estandarizado. Los padres fueron entrevistados sobre: productos químicos (tabaco, solventes, humo del tránsito, insecticidas), ocupación, historial médico y personal de niños y padres, enfermedades infecciosas, inmunizaciones y factores asociados, los hábitos de tabaquismo en un año anterior de la concepción para el padre y en el embarazo para la madre. Más de una cuarta parte de los padres de los niños del grupo control, informaron que fumaban más de 10 cigarrillos/día. La exposición ocupacional a solventes se estimó en 18.3% de los padres de los controles y 7.7% de las madres. El contacto ocupacional a disolventes fue más frecuente entre las madres (36.1%) que entre los padres (23.4%)(96).

Otro estudio realizado con base en el estudio SETIL, utiliza un cuestionario que se encuentra disponible, evalúa el tabaquismo, la exposición al humo de tabaco y el riesgo de leucemia no linfocítica aguda en la infancia. El cuestionario se divide en tres secciones: una para el padre, una para la madre y una para la exposición que tiene el niño al humo del tabaco. El humo paterno en el período de concepción se asoció con la leucemia aguda no linfocítica (RM para ≥ 11 cigarrillos / día = 1.79 con un IC del 95%: 1.01 a 3.15.) (77)

De todos los consorcios que realizan investigación sobre los factores de riesgo ambientales asociados con cáncer infantil y que mencionan en su recolección de datos el uso de un cuestionario estandarizado, no hay artículos que describan el tipo y proceso de validación a los cuales fueron sometidos estos instrumentos.

Validación de instrumentos de medición

La validación de un instrumento es un proceso exhaustivo que comprende distintas etapas, requiere de un número elevado de participantes en sus distintas fases. Implica el uso de herramientas estadísticas para comprobar la estructura idónea del instrumento.

Previo al proceso de validación, es necesario comenzar con un proceso de adaptación cultural. (112)

Validez

Se refiere a la capacidad en que una escala mide correctamente el constructo que pretende medir, puede ser evaluada por todos o algunos tipos de validez. (113)

Validez de apariencia: Es el grado en que parece que un cuestionario, una parte de él o un ítem mide lo que quiere medir.(113)

Validez de contenido: se basa en el análisis del concepto que se pretende medir y, en especial, en la definición de las áreas o dimensiones que abarca y sus límites con otros conceptos relacionados. Se puede considerar que un cuestionario es válido por su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto en estudio, lo que suele evaluarse a través de la opinión de un panel de expertos.(114-116)

Validez de criterio: Consiste en comparar el instrumento que se está validando con otro instrumento que mida el mismo constructo y que previamente este validado, se comparará con un *estándar de oro* en caso de contar con alguno. (117)

La idea principal de este tipo de validez es comprobar que los valores del instrumento estarán midiendo correctamente el constructo y que, además, los valores estén correlacionados positivamente con otra escala. (113)

Validez de constructo: Es el grado en el que las respuestas del instrumento garantizan la correcta medición del constructo en cuestión. Una manera de evaluar este tipo de validez es mediante el análisis multivariado, algunos ejemplos son el análisis factorial y análisis de componentes principales, ambas técnicas pretenden disminuir y agrupar menor número de ítems que mejor representen el constructo sin que éste pierda su objetivo principal. Otra forma de evaluar la validez de constructo consiste en verificar qué tan bien discrimina la escala al aplicarla en diferentes grupos, donde se supone que realmente las respuestas sean diferentes. (113)

Confiabilidad

La confiabilidad hace referencia a si la escala funciona de manera similar bajo diferentes condiciones, dependientes del mismo instrumento, del tiempo de aplicación y del clínico que hace la medición. Es una medición del error que puede generar un instrumento al ser inestable y aplicarse en diferentes condiciones. La confiabilidad se evalúa en tres aspectos.

Consistencia interna: Es el grado de correlación y coherencia de los ítems que conforman el instrumento. Evalúa que tan homogénea es con respecto a la medición del constructo. El coeficiente Alfa de Cronbach permite evaluar homogeneidad en escalas cuyos ítems pueden responderse con más de dos alternativas.(112, 118)

Los valores que aceptables para esta prueba son 0.7 y 0.9. Valores menores sugieren que la escala es poco homogénea, probablemente esté evaluando diferentes fenómenos al no mostrar consistencia ante diferentes condiciones de aplicación; valores mayores a 0.9 indican que probablemente existan ítems redundantes, por lo que se consideraría una estructura demasiado homogénea. (119)

Repetibilidad prueba-reprueba: este aspecto evalúa la estabilidad que tiene el instrumento al ser aplicado en dos ocasiones a la misma población. La prueba estadística utilizada comúnmente es el Coeficiente de Correlación Intraclase, cuyos valores van de 0 a 1; valores cercanos a 1 indican mayor correlación entre la primera

y la segunda aplicación del instrumento. Una adecuada confiabilidad prueba-reprueba está indicada por valores mayores a 0.8. (112, 119)

Confiabilidad inter-observador: Se considera el grado de acuerdo que tienen dos o más evaluadores cuando valoran a la misma población bajo condiciones similares con el mismo instrumento. (112)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

A pesar de que el cáncer infantil representa del 1 al 4% de todos los cánceres en el mundo. En México, el cáncer infantil entre las edades de 4-15 años representa la segunda causa de mortalidad.

En México no se han utilizado instrumentos validados que identifiquen los factores asociados con el cáncer infantil. Para obtener información confiable y válida, es necesario contar con instrumentos que sean capaces de identificar estos factores. Varios grupos de investigación han utilizado cuestionarios estandarizados, sin embargo, no es claro si están validados, si utilizan el mismo instrumento y si estos cuestionarios son similares entre ellos.

¿Cuál es la confiabilidad y validez de un cuestionario en español diseñado para identificar factores de riesgo ambientales y su asociación con la presencia de cáncer infantil?

JUSTIFICACIÓN

Contar con un instrumento validado en población mexicana basado en los utilizados por otros grupos de investigación en los Estados Unidos y Europa, contribuirá a que la información que se obtenga sea comparable, que sea posible identificar con mayor precisión los factores asociados en población mexicana y que a partir de esto, se puedan desarrollar estrategias de prevención y control de los factores identificados para disminuir el riesgo de cáncer infantil.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Estimar los valores de confiabilidad y validez de un cuestionario diseñado para identificar factores de riesgo ambientales y su asociación con la presencia de cáncer infantil en padres y madres de niños con cáncer infantil que participen en la Fundación Aquí Nadie se Rinde (ANSER) en la Ciudad de México en el año 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Adaptar y validar transculturalmente en población mexicana un cuestionario diseñado para identificar factores de riesgo ambientales y su asociación con la presencia de cáncer infantil en padres y madres de niños con cáncer infantil que participen en la Fundación Aquí Nadie se Rinde (ANSER) en la Ciudad de México en el año 2019 y 2020.

Evaluar la validez de contenido de un cuestionario diseñado para identificar factores de riesgo ambientales y su asociación con la presencia de cáncer infantil en padres y madres de niños con cáncer infantil que participen en la Fundación Aquí Nadie se Rinde (ANSER) en la Ciudad de México en el año 2019 y 2020.

Estimar la consistencia interna de un cuestionario diseñado para identificar factores de riesgo ambientales y su asociación con la presencia de cáncer infantil en padres y madres de niños con cáncer infantil que participen en la Fundación Aquí Nadie se Rinde (ANSER) en la Ciudad de México en el año 2019 y 2020.

Estimar la repetibilidad de un cuestionario diseñado para identificar factores de riesgo ambientales y su asociación con la presencia de cáncer infantil en padres y madres de niños con cáncer infantil que participen en la Fundación Aquí Nadie se Rinde (ANSER) en la Ciudad de México en el año 2019 y 2020.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS GENERAL

- Ha. El cuestionario diseñado para identificar los factores asociados con el cáncer infantil será confiable y válido.
- H0. El cuestionario diseñado para identificar los factores asociados con el cáncer infantil no será confiable y válido.

HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.

- Ha₁: La consistencia interna de un cuestionario diseñado para identificar factores de riesgo ambientales y su asociación con la presencia de cáncer infantil en padres y madres de niños con cáncer infantil será mayor a 0.7.
- H0₁: La consistencia interna de un cuestionario diseñado para identificar factores de riesgo ambientales y su asociación con la presencia de cáncer infantil en padres y madres de niños con cáncer infantil será igual o menor a 0.7.
- Ha₂. La razón de validez de contenido será mayor de 0.58
- H0₂. La razón de validez de contenido será igual o menor a 0.58

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal de validación.

Población de estudio

Familiares directos (padre y madre) de niñas, niños y adolescentes con cáncer infantil participantes en la Fundación Aquí Nadie se Rinde (ANSeR) en el año 2019. La población de estudio se identificó mediante los registros de la Fundación Aquí Nadie se Rinde ubicada en la Ciudad de México. En 2019 había 461 familias registradas.

Tamaño y selección de la muestra

Para el proceso de validación transcultural se requieren de 30 a 40 participantes, de acuerdo con las recomendaciones de Beaton y cols. (120)

Para la estimación de la consistencia interna y dependiendo del número de preguntas en el instrumento, se estimó el siguiente tamaño de muestra: De acuerdo con la hipótesis nula de una consistencia interna de 0.7 y una hipótesis alterna de 0.8, se requirió de 80 participantes para lograr un coeficiente Alpha de Cronbach de 0.8 con un intervalo de confianza de 95% entre 0.749-0.849.(121). El tamaño se incrementó a 120 participantes por las posibles pérdidas.(122)

Para estimar la repetibilidad se estimó una muestra de 63 participantes con dos observaciones por participante para lograr un poder de 90% para detectar un coeficiente de correlación intraclase de 0.90 cuando la hipótesis nula especificó un coeficiente de correlación intraclase ≤ 0.80 con un nivel de significancia de 0.05.
(121)

La selección de la muestra se llevó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se consideraron todas las parejas (madre y padre) de niños con cáncer infantil que aceptaron participar en el estudio y que firmaron el consentimiento informado y que además cumplieron los criterios de selección.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- Padres y madres de niños con cáncer que participaron en la Fundación ANSeR que aceptaron participar en el estudio.
- Que ambos padres aceptaran participar en el estudio y firmaran el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Padres y madres que no fueran los padres biológicos del niño con cáncer
- Padres o madres de niños con cáncer infantil que presentaron alguna discapacidad que no les permitió responder por ellos mismos cada una de las preguntas del cuestionario.

Criterios de eliminación

- Participantes que decidieron abandonar el estudio

VARIABLES

Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad
- Lugar de residencia

Variables sobre los factores de riesgo de la madre

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Consumo de drogas
- Exposición a radiación
- Antecedentes ginecológicos
- Exposición a pesticidas
- Exposición a productos derivados de petróleo
- Antecedentes heredofamiliares de cáncer
- Consumo de café

Variables sobre los factores de riesgo del padre

- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Consumo de drogas
- Exposición a radiación
- Exposición a pesticidas
- Exposición a productos derivados de petróleo

- Antecedentes heredofamiliares de cáncer

Variables sobre los factores de riesgo del hijo/a

- Exposición a radiación
- Antecedentes heredofamiliares de cáncer
- Exposición a pesticidas
- Exposición residencial
- Exposición a tabaco

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Definición operacional de las variables sociodemográficas de la madre y el padre

Variable	Definición operacional	Escala de medición
Edad	Años cumplidos del participante al momento de realizar la entrevista. Obtenida durante la entrevista	Años cumplidos
Sexo	Características fenotípicas del sujeto.	0. Mujer 1. Hombre
Estado civil	Situación de cada persona en relación con las leyes o costumbres relativas al matrimonio.	0. Casado 1. Soltero 2. Unión libre 9. No sabe / No responde
Escolaridad	Grado máximo de estudios que respondan los participantes (padre y madre)	0. Sin estudios 1. Primaria incompleta 2. Primaria completa 3. Secundaria incompleta 4. Secundaria completa 5. Bachillerato incompleto 6. Bachillerato completo 7. Universidad 8. Posgrado 9. No sabe / No responde
Lugar de residencia	Zona donde residen las personas entrevistadas (padre y madre) De acuerdo con el INEGI, una población se considera rural cuando tiene menos de 2,500 habitantes, mientras que la urbana es aquella donde viven más de 2,500 personas. (123)	0. Rural 1. Urbano

Las variables sociodemográficas del niño/a fueron las siguientes:

Definición operacional de las variables sociodemográficas del/a hijo/a

Variable	Definición operacional	Escala de medición
Edad	Años cumplidos del participante al momento de realizar la entrevista. Obtenida durante la entrevista	Años cumplidos
Sexo	Características fenotípicas del sujeto.	0. Mujer 1. Hombre
Lugar de residencia	Zona donde residen las personas entrevistadas (padre y madre)	0. Rural 1. Urbano

VARIABLES DE FACTORES DE RIESGO DE LA MADRE

Definición operacional de las variables de factores de riesgo de la madre

Variable	Definición operacional	Escala de medición
Tabaquismo	Conjunto de preguntas para obtener información respecto de los hábitos tabáquicos de la madre, antes, durante y después del embarazo. Será determinado con las siguientes preguntas:	
Tabaquismo	¿Alguna vez en su vida ha fumado al menos un cigarrillo por día, por un periodo de tres meses o más?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿Fuma o alguna vez ha fumado habitualmente? (al menos una vez al día durante al menos 6 meses)	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿Actualmente usted fuma?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	Número de cigarrillos
	¿Cuántos días fuma por semana?	Número de cigarrillos
	¿A qué edad empezó a fumar regularmente?	Edad que refiera el participante
	Fumó en el año anterior a quedar embarazada?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿Usted fumaba antes de saber que estaba embarazada?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día?	Número de cigarrillos
	En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana?	Número de cigarrillos
	En promedio, ¿Cuántas veces fumaba al mes?	Número de veces
	¿Fumó incluso ocasionalmente cuando estaba embarazada?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿Durante qué trimestre(s) del embarazo fumó?	
	1) 1er trimestre <input type="checkbox"/>	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	2) 2do trimestre <input type="checkbox"/>	
	3) 3er trimestre <input type="checkbox"/>	
	En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día en cada trimestre?	
	1) 1er trimestre	Número de cigarrillos
	2) 2do trimestre	
	3) 3er trimestre	

En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana en cada trimestre?

1) 1er trimestre

2) 2do trimestre

3) 3er trimestre

Número de días

En promedio, ¿Cuántas veces fumaba al mes en cada trimestre?

1) 1er trimestre

2) 2do trimestre

3) 3er trimestre

Número de cigarrillos

¿Durante la lactancia del niño(a) usted fumó?

0. No
1. Sí
9. No sabe / no responde

¿Durante qué periodo de la lactancia fumó?

1) 0 – 6 meses

2) 6 – 12 meses

3) + de primer año

0. No
1. Sí
9. No sabe / no responde

En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día en cada periodo?

1) 0 – 6 meses

2) 6 – 12 meses

3) + del primer año

Número de cigarrillos

En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana en cada periodo?

1) 0 – 6 meses

2) 6 – 12 meses

3) + del primer año

Número de días

En promedio, ¿Cuántas veces fumaba al mes en cada periodo?

1) 0 – 6 meses

2) 6 – 12 meses

3) + del primer año

Número de veces al mes

Antes del embarazo, ¿Estuvo en contacto con personas que fumaban?

0. No
1. Sí
9. No sabe / no responde

Aproximadamente, ¿Cuántos cigarrillos fumaban frente a usted?

Número de cigarrillos

Un año antes de su embarazo, ¿Estuvo en contacto con personas mientras fumaban?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
---	--

En promedio, ¿Cuántas veces estuvo expuesta al día?	Número de veces al día
---	------------------------

En promedio, ¿Cuántos días a la semana estuvo en contacto con personas mientras fumaban?	Número de días
--	----------------

Durante el embarazo ¿Estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
--	--

¿Durante qué trimestre(s) estuvo expuesta?	
1) 1er trimestre <input type="text"/>	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
2) 2do trimestre <input type="text"/>	
3) 3er trimestre <input type="text"/>	

En promedio, ¿Cuántas veces estuvo expuesta a la semana?	
1) 1er trimestre <input type="text"/>	Número de cigarrillos
2) 2do trimestre <input type="text"/>	
3) 3er trimestre <input type="text"/>	

¿Durante la lactancia del niño(a) usted estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
---	--

¿Durante qué periodo de la lactancia estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban?	
1) 1er trimestre <input type="text"/>	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
2) 2do trimestre <input type="text"/>	
3) 3er trimestre <input type="text"/>	

En promedio, ¿Cuántas veces a la semana estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban?	
1) 1er trimestre <input type="text"/>	Número de cigarrillos
2) 2do trimestre <input type="text"/>	
3) 3er trimestre <input type="text"/>	

Alcoholismo

Conjunto de preguntas para obtener información respecto al consumo de alcohol de la madre, antes, durante y después del embarazo. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional	Escala de medición
¿Alguna vez en su vida ha tomado al menos dos bebidas alcohólicas al mes durante un año o más?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
Antes del embarazo, ¿Tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers,	0. No 1. Sí

Presidencola, Boones, El Jimador New Mix, y similares) 9. No sabe / no responde

Antes del embarazo, ¿Con qué frecuencia tomó usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida?

01. Tres o más veces al día
02. Dos veces al día
03. Una vez al día
04. Casi todos los días (5-6 veces por semana)
05. Tres o cuatro veces a la semana
06. Una o dos veces a la semana
07. Dos o tres veces al mes
08. Aproximadamente una vez al mes
09. De siete a once veces al año
10. De tres a seis veces al año
11. Dos veces al año
12. Una vez al año
88. No aplica
99. No Sabe / No Contesta

Antes del embarazo ¿Dígame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?

Vino de mesa	}	_____	0. No
Cooler o similares			
Cerveza			
Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc.			
Pulque y otros fermentado			
Alcohol puro, aguardiente			1. Sí
			9. No sabe / no responde

Antes del embarazo, ¿Qué tipo de bebida prefirió usted tomar?

1. Vino de mesa
2. Cooler, y similares
3. Cerveza
4. Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc
5. Pulque y otros fermentados
6. Alcohol puro, aguardiente
8. No aplica

Un año antes del embarazo de su hijo, ¿Con qué frecuencia bebió...?

1 vaso de cerveza	}	_____	}	_____	Veces al día
Caribe cooler u otras bebidas mezcladas					
Licores artesanales					
1 vaso de vino de mesa	}	_____	}	_____	Días a la semana
Bebida con ron					
Bebida con Whiskey					
Bebida con vodka					
Bebida con Coñac					
1 vaso de pulque					Veces al mes
1 copa de tequila					
Fourloko o similares					

	Veces al año
¿Bebió un mes antes de quedar embarazada?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
Temprano en su embarazo, antes de saber que estaba embarazada, ¿Tomó bebidas alcohólicas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Dejó de tomar por estar embarazada o intentar embarazarse?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Bebió bebidas alcohólicas desde el momento en que descubrió que estaba embarazada hasta que su hijo nació?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
Durante el embarazo, ¿Tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, Boones o similares)	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
Durante el embarazo ¿Dígame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Vino de mesa Cooler o similares Cerveza Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc. Pulque y otros fermentado Alcohol puro, aguardiente </div>	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
Durante el embarazo, ¿Con qué frecuencia tomó 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	01. Tres o más veces al día 02. Dos veces al día 03. Una vez al día 04. Casi todos los días (5-6 veces por semana) 05. Tres o cuatro veces a la semana 06. Una o dos veces a la semana 07. Dos o tres veces al mes 08. Aproximadamente una vez al mes 09. De siete a once veces al año 10. De tres a seis veces al año 11. Dos veces al año 12. Una vez al año 88. No aplica 99. NO SABE / NO CONTESTA
¿Durante la lactancia de su hijo usted tomó bebidas alcohólicas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
Durante la lactancia de su hijo, ¿Dígame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?	
Vino de mesa Cooler o similares Cerveza	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc.
Pulque y otros fermentado
Alcohol puro, aguardiente

Durante la lactancia, ¿Con qué frecuencia tomó usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol – ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida?

01. Tres o más veces al día
 02. Dos veces al día
 03. Una vez al día
 04. Casi todos los días (5-6 veces por semana)
 05. Tres o cuatro veces a la semana
 06. Una o dos veces a la semana
 07. Dos o tres veces al mes
 08. Aproximadamente una vez al mes
 09. De siete a once veces al año
 10. De tres a seis veces al año
 11. Dos veces al año
 12. Una vez al año
 88. No aplica
 99. No Sabe / No Contesta
-

Durante la lactancia de su hijo, ¿Qué tipo de bebida prefirió usted tomar?

1. Vino de mesa
 2. Cooler, y similares
 3. Cerveza
 4. Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc
 5. Pulque y otros fermentados
 6. Alcohol puro, aguardiente
 8. No aplica
-

Durante el periodo de lactancia, ¿Con qué frecuencia tomó 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?

01. A diario
 02. Casi diario 5 a 6 veces por semana
 03. 3 a 4 veces a la semana
 04. 1 a 2 veces por semana
 05. 2 a 3 veces al mes
 06. Una vez al mes
 07. 7 a 11 veces durante la lactancia
 08. 3 a 6 veces durante la lactancia
 09. 2 veces durante la lactancia
 10. Al menos una vez durante la lactancia
 11. Menos de una vez al durante la lactancia
 12. Hace más de un año
 13. Nunca
 88. No aplica
 99. No sabe/no contesta
-

Consumo de drogas

Conjunto de preguntas para obtener información respecto al consumo de drogas por la madre, antes, durante y después del embarazo. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional

Escala de medición

¿El año previo a su embarazo usted consumió drogas?

Mariguana
Cocaína
Crack
Alucinógenos
Inhalables
Heroína
Anfetaminas o tachas
Otras drogas

- 0. No
- 1. Sí
- 9. No sabe / no responde

¿Cómo la ha usado?

Mariguana
Cocaína
Crack
Alucinógenos
Inhalables
Heroína
Anfetaminas o tachas
Otras drogas

- 1. Inyectada
- 2. Inhalada
- 3. Aspirada
- 4. Fumada
- 5. Tomada, tragada o comida
- 6. Untada o frotada
- 7. No como droga
- 8. No aplica
- 9. No sabe / no responde

¿Qué edad tenía cuando usó _____ por primera vez?

Mariguana
Cocaína
Crack
Alucinógenos
Inhalables
Heroína
Anfetaminas o tachas
Otras drogas

- 006. 6 años o menos
- 012. Antes de los 12
- 020. Antes de los 20
- 120. A los 20 años o más
- 888. No aplica
- 999. No sabe / no responde

¿Durante su embarazo usted consumió drogas?

Mariguana
Cocaína
Crack
Alucinógenos
Inhalables
Heroína
Anfetaminas o tachas
Otras drogas

- 0. No
- 1. Sí
- 9. No sabe / no responde

¿Cómo la ha usado?

Mariguana
Cocaína
Crack

- 1. Inyectada
- 2. Inhalada
- 3. Aspirada
- 4. Fumada

Alucinógenos	5. Tomada, tragada o comida
Inhalables	6. Untada o frotada
Heroína	7. No como droga
Anfetaminas o tachas	8. No aplica
Otras drogas	9. No sabe / no responde

¿Durante la lactancia de su hijo usted consumió drogas?

Mariguana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0. No
Cocaína		1. Sí
Crack		9. No sabe / no responde
Alucinógenos		
Inhalables		
Heroína		
Anfetaminas o tachas		
Otras drogas		

¿Cómo la ha usado?

Mariguana	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1. Inyectada
Cocaína		2. Inhalada
Crack		3. Aspirada
Alucinógenos		4. Fumada
Inhalables		5. Tomada, tragada o comida
Heroína		6. Untada o frotada
Anfetaminas o tachas		7. No como droga
Otras drogas		8. No aplica
		9. No sabe / no responde

Exposición a radiación

Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición a radiación de la madre, antes, durante y después del embarazo. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional **Escala de medición**

¿Le realizaron alguno de los siguientes estudios antes del embarazo?

Radiografías	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0. No
Ultrasonidos		1. Sí
Tomografías		9. No sabe / no responde
Resonancia magnética		
Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste		
Radiografías dentales		

Número de veces que le tomaron los estudios

Radiografías	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Número de veces
Ultrasonidos		
Tomografías		
Resonancia magnética		
Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste		

Radiografías dentales

¿Le realizaron alguno de los siguientes estudios durante el embarazo?

Radiografías	}	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
Ultrasonidos		
Tomografías		
Resonancia magnética		
Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste		
Radiografías dentales		

Número de veces que le tomaron los estudios

Radiografías	}	Número de veces
Ultrasonidos		
Tomografías		
Resonancia magnética		
Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste		
Radiografías dentales		

¿Alguna vez ha trabajado en lugares donde usted ha estado expuesta a radiación o materiales radioactivos?

0. No
1. Sí
9. No sabe / no responde

¿Ha utilizado un aditamento para medir la radiación?

0. No
1. Sí
9. No sabe / no responde

¿Por cuántos años trabajó en ese lugar?

Años que trabajo en ese lugar

¿Por cuántos días a la semana?

Número de días de la semana

¿Durante el embarazo dejó de trabajar en ese lugar?

0. No
1. Sí
9. No sabe / no responde

¿Alguna vez la sacaron del trabajo porque estuvo expuesto a una dosis excesiva de radiación?

0. No
1. Sí
9. No sabe / no responde

Antecedentes ginecológicos Conjunto de preguntas para obtener información respecto a los antecedentes ginecológicos de la madre, antes, durante y después del embarazo. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional

Escala de medición

¿Cuántas veces ha estado embarazada en total, incluidos nacimientos vivos, mortinatos, abortos espontáneos, abortos, embarazos molares y embarazos tubárico o ectópicos?

Número de embarazos

¿Cuántos años tenía cuando se embarazó la primera vez?

Años cumplidos que tenía la primera vez que

	se embarazo
De los embarazos que ha tenido, ¿Qué número es su hijo?	Número de hijo(a) que padece cáncer
Ahora, pensando en su primer embarazo el resultado de ese embarazo fue ¿Un nacimiento vivo, nacido muerto, aborto espontáneo, aborto, embarazo molar o embarazo tubárico o ectópico?	1. Nacido vivo 2. Nacido muerto 3. Aborto espontáneo 4. Aborto 5. Embarazo molar 6. Embarazo tubárico/ectópico 7. Más de un resultado 8. Otro resultado 9. No sabe/no responde
¿Cuántos partos ha tenido?	Número de partos
¿Cuántos hijos tuvo (solo embarazos completados)?	Número de hijos
¿Cuántas cesáreas ha tenido?	Número de cesareas
¿Ha tenido embarazos que no se completaron debido a un aborto espontáneo o aborto terapéutico?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántos abortos ha tenido?	Número de abortos

Exposición a pesticidas Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición a pesticidas de la madre, antes, durante y después del embarazo. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional	Escala de medición
Un mes antes de quedar embarazada, ¿Entró en contacto con algún producto para controlar insectos domésticos utilizados en su casa o apartamento (mosquitos, moscas, hormigas, tiras anti-plagas, trampas para hormigas o cebos para cucarachas)?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Un mes antes de quedar embarazada, cuántas veces estuvo en contacto?	Número de veces
Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
Un mes antes de quedar embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en el hogar para controlar ratones, ratas, topos como D-Con, Ratidel -B, Brometalina, Bromadiolona o Warfarina	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

(coumadin)?, ¿arsénico?	
¿Cuántas veces estuvo en contacto?	Número de veces
Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
Un mes antes de quedar embarazada, ¿Estuvo en contacto con productos para el hogar y jardín utilizados alrededor de la casa o apartamento como productos para controlar el crecimiento de pasto o dientes de león, productos para controlar caracoles o babosas y tratamientos para las plantas o arboles contra enfermedades o insectos (nombres comerciales: Control 24D, Raid Casa y Jardín, Raid Acción Total, Raid mata moscas y mosquitos, Raid Max?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces estuvo en contacto?	Número de veces
Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
Un mes antes de quedar embarazada, ¿Su piel entró en contacto con algún tipo de repelente para insectos, algunos ejemplos son Raid repelente líquido y OFF?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces estuvo en contacto?	Número de veces
Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
Un mes antes de quedar embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en su hogar para controlar las pulgas o	0. No 1. Sí

garrapatas, tales como Bravecto, Bayopet, Baytico (flumetrina), Rokach, Holiday, Four Fone Foggers o collares antipulgas para mascotas?	9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
¿Y durante el embarazo?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
¿Y durante el periodo de lactancia?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
Un mes antes de quedar embarazada, ¿Su casa o apartamento fue tratada por fumigadores profesionales o por usted mismo?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces fue tratada su casa o apartamento por fumigadores o por usted mismo?	Número de veces
Y durante el embarazo, ¿Su casa fue tratada por fumigadores o por usted mismo?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
Y durante el periodo de lactancia, ¿Su casa fue tratada por fumigadores o por usted mismo?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces?	Número de veces
¿Su casa estaba o está cerca o en una granja o rancho, campos cultivados o de una granja de animales?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Sabe sí en esos campos utilizaban pesticidas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Trabajó en actividades como aplicaciones de pesticidas o herbicidas, dentro de campos o granjas de animales, incluso ocasionalmente?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
Exposición a productos derivados de petroleo	Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición a distintos productos derivados de petróleo de la madre, antes, durante y después del embarazo. Será determinado con las siguientes preguntas:
Definición operacional	Escala de medición
Un mes antes de su embarazo, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a gasolina?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

¿Estuvo expuesta a Diesel?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a queroseno?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a algún tipo de aceite lubricante?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a removedores de manchas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
En total, Un mes antes de su embarazo ¿Cuántos días estuvo expuesta a los productos antes mencionados?	Número de días
Durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a gasolina?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a Diesel?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a queroseno?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a algún tipo de aceite lubricante?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a removedores de manchas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
En total, ¿Durante el embarazo cuántos días estuvo expuesta a los productos antes mencionados?	Número de días
Durante la lactancia de su hijo usted, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a gasolina?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a Diesel?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a queroseno?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a algún tipo de aceite lubricante?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta a removedores de manchas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

En total, ¿Durante la lactancia, cuántos días estuvo expuesta a los productos antes mencionados?	Número de días
Un mes antes del embarazo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o en contacto con cualquier tipo de pinturas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de laca?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o en contacto con thinner (diluyente de pintura)?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de tinte?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
En total, ¿Cuántos días estuvo en contacto con estos productos un mes antes del embarazo?	Número de días
Durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o en contacto con cualquier tipo de pintura?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de laca	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o en contacto con thinner?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o contacto con algún tipo de tinte?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
En total, durante el embarazo, ¿Cuántas veces (días) estuvo expuesta?	Número de días
Durante la lactancia de su hijo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o en contacto con pinturas de aceite?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de laca?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o en contacto con thinner?	0. No

	1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesta o contacto con algún tipo de tinte?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
En total, durante la lactancia, ¿Cuántos días estuvo expuesta?	Número de días
¿Con respecto al tráfico de automóviles y otros vehículos, ¿Cómo define el área donde se encontraba su casa?	0. Sin tráfico 1. Con poco tráfico 2. Con tráfico moderado 3. Con mucho tráfico 9. No sabe/ no responde
La siguiente pregunta se refiere a calle o avenidas que rodeaban su casa o edificio, ¿Cómo considera el tipo de camino?	0. Privado o cerrado al tráfico sin tránsito de vehículos. 1. Calle secundaria / plaza urbana con poco tráfico. 2. Plaza suburbana secundaria, poco tráfico. 3. Calle / plaza urbana con tráfico moderado. 4. Calle / plaza extraurbana con tráfico moderado. 5. Calle de alto tráfico / plaza urbana. 6. Carretera / plaza de alto tráfico extraurbano
¿Hay cruces a menos de 100 m de su casa?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Se forman colas de tráfico dentro de los primeros 100 m de su casa?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Por cuántas horas se forma el tráfico?	Horas de tráfico
¿Cuántas ventanas de su casa dan a la calle donde está expuesta al tráfico?	Número de ventanas
Dentro de un radio de 100m de la casa, ¿Circula alguna ruta de autobuses, microbuses, combis, mototaxis, peseros o metrobús?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

Antecedentes familiares de cáncer

Conjunto de preguntas para obtener información respecto a los antecedentes familiares de cáncer por parte de la madre. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional	Escala de medición
¿Tiene algún familiar directo (padres o hermanos) que tenga o haya tenido algún tipo de cáncer?	
Padre <input type="checkbox"/>	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
Madre <input type="checkbox"/>	
Hermanos <input type="checkbox"/>	

Consumo de café

Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición a distintos productos derivados de petróleo de la madre, antes, durante y después del embarazo. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional	Definición operacional
¿Bebió café incluso ocasionalmente durante el embarazo?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas tazas de café bebió por día durante el embarazo?	Número de tazas consumidas por día
¿Cuántos días por semana bebió café durante el embarazo?	Número de días
Durante el embarazo, ¿Con qué frecuencia bebió café descafeinado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. De una a tres veces al mes 3. De una a tres veces a la semana 4. De 4 a 6 veces a la semana 5. Todos los días 9. No sabe / no responde
¿Bebió café incluso ocasionalmente cuando estaba lactando?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas tazas de café bebió por día durante la lactancia?	Número de tazas consumidas por día
¿Cuántos días por semana bebió café durante la lactancia?	Número de días

VARIABLES DE FACTORES DE RIESGO DEL PADRE

Definición operacional de las variables de factores de riesgo del padre

Variable	Conjunto de preguntas para obtener información respecto a los hábitos tabáquicos del padre, antes del embarazo de su pareja. Será determinado con las siguientes preguntas:	
Tabaquismo	Definición operacional	Escala de medición
	¿Alguna vez en su vida ha fumado al menos un cigarrillo por día, por un periodo de tres meses o más?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿Fuma o alguna vez ha fumado habitualmente? (al menos una vez al día durante al menos 6 meses)	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿Actualmente usted fuma?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	Número de cigarrillos
	¿Cuántos días fuma por semana?	Número de días
	¿Fumó un año antes de que su pareja quedara embarazada?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día?	Número de cigarrillos
	En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana?	Número de días
	Antes del embarazo de su pareja, ¿Estuvo en contacto con personas mientras fumaban?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	Aproximadamente por día, ¿Cuántos cigarrillos fumaban frente a usted?	Número de cigarrillos
	En promedio, ¿Cuántos días a la semana estuvo en contacto con personas mientras fumaban?	Número de días
	En promedio, ¿Cuántas veces estuvo expuesto al día?	Númerica
Alcoholismo	Conjunto de preguntas para obtener información respecto a los hábitos tabáquicos del padre, antes del embarazo de su pareja. Será determinado con las siguientes preguntas:	
	Definición operacional	Escala de medición
	¿Alguna vez en su vida ha tomado al menos dos bebidas alcohólicas al mes durante un año o más?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	En promedio, ¿Durante toda su vida cuántos años ha consumido alcohol?	Numérica (total de años de consumo de alcohol)
Durante el embarazo ¿Dígame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?		
Vino de mesa	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde	
Cooler o similares		
Cerveza		
Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc. Pulque y otros fermentado		

Alcohol puro, aguardiente

Consumo de drogas

Conjunto de preguntas para obtener información respecto al consumo de drogas del padre, antes del embarazo de su pareja. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional	Escala de medición
¿El año previo al embarazo de su pareja usted consumió drogas?	
Mariguana Cocaína Crack Alucinógenos Inhalables Heroína Anfetaminas o tachas Otras drogas	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cómo la ha usado?	
Mariguana Cocaína Crack Alucinógenos Inhalables Heroína Anfetaminas o tachas Otras drogas	1. Inyectada 2. Inhalada 3. Aspirada 4. Fumada 5. Tomada, tragada o comida 6. Untada o frotada 7. No como droga 8. No aplica 9. No sabe / no responde
¿Qué edad tenía cuando usó _____ por primera vez?	
Mariguana Cocaína Crack Alucinógenos Inhalables Heroína Anfetaminas o tachas Otras drogas	006. 6 años o menos 012. Antes de los 12 020. Antes de los 20 120. A los 20 años o más 888. No aplica 999. No sabe / no responde

Exposición a radiación

Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición a radiación del padre, antes del embarazo de su pareja. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional	Escala de medición
Al año previo al embarazo de su pareja ¿Le realizaron alguno de los siguientes estudios? (Especificar en qué mes estuvo expuesto)	
Radiografías Ultrasonidos Tomografías Resonancia magnética Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste Radiografías dentales	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

Número de veces que le tomaron los estudios

Radiografías	Número de veces
Ultrasonidos	
Tomografías	
Resonancia magnética	
Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste	
Radiografías dentales	

¿Alguna vez ha trabajado en lugares donde usted ha estado expuesto a radiación o materiales radioactivos?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Ha utilizado un aditamento para medir la radiación?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Por cuántos años trabajó en ese lugar?	Años que trabajo en ese lugar
¿Por cuántos días a la semana?	Número de días de la semana
¿Durante el embarazo de su pareja dejó de trabajar en ese lugar?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Alguna vez lo sacaron del trabajo porque estuvo expuesto a una dosis excesiva de radiación?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

Exposición a pesticidas

Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición de pesticidas por parte del padre, antes del embarazo de su pareja. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional	Escala de medición
Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Entró en contacto con algún producto para controlar insectos domésticos utilizados en su casa o apartamento (mosquitos, moscas, hormigas, tiras anti-plagas, trampas para hormigas o cebos para cucarachas)?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces estuvo en contacto?	Número de veces
Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en el hogar para controlar ratones, ratas, topos como D-Con, Ratidel -B, Brometalina, Bromadiolona o Warfarina (coumadin), arsénico?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces estuvo en contacto?	Número de veces
Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Estuvo en contacto con productos para el hogar y jardín utilizados alrededor de la casa o apartamento como productos para controlar el crecimiento de pasto o dientes de león, productos para controlar caracoles o babosas y tratamientos para las plantas o arboles contra enfermedades o insectos (nombres comerciales: Control 24D, Raid Casa y Jardín, Raid Acción Total, Raid mata moscas y mosquitos, Raid Max)	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces estuvo en contacto?	Número de veces
Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Su piel entró en contacto con algún tipo de repelente para insectos como Raid	0. No 1. Sí

repelente líquido, OFF Repelente de insectos?	9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces estuvo en contacto?	Número de veces
Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en su hogar para controlar las pulgas o garrapatas, tales como Bravecto, Bayopet, Baytico (flumetrina), Rokach, Holiday, Four Fone Foggers o collares antipulgas para mascotas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces estuvo en contacto?	Número de veces
Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Su casa o apartamento fue tratada por fumigadores profesionales o por usted mismo?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Cuántas veces fue tratada su casa o apartamento por fumigadores o por usted mismo?	Número de veces
¿Su casa estaba o está cerca o en una granja o rancho, campos cultivados o de una granja de animales?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Sabe sí en esos campos utilizaban pesticidas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Trabajó en actividades como aplicaciones de pesticidas o herbicidas, dentro de campos o granjas de animales, incluso ocasionalmente?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

Exposición a productos derivados de petróleo

Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición de pesticidas por parte del padre, antes del embarazo de su pareja. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional	Escala de medición
Un mes antes del embarazo de su pareja, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesto a gasolina?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesto a Diesel?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesto a queroseno?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesto a algún tipo de aceite lubricante?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesto a removedores de manchas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
En total, Un mes antes del embarazo de su pareja, ¿Cuántos días estuvo expuesto a los productos antes mencionados?	Número de días

Un mes antes del embarazo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesto o en contacto con cualquier tipo de pinturas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesto o en contacto con algún tipo de laca?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesto o en contacto con thinner (diluyente de pintura)?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Estuvo expuesto o en contacto con algún tipo de tinte?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
En total, ¿Cuántos días estuvo en contacto con estos productos un mes antes del embarazo?	Número de días
¿Con respecto al tráfico de automóviles y otros vehículos, ¿Cómo define el área donde se encontraba su casa?	0. Sin tráfico 1. Con poco tráfico 2. Con tráfico moderado 3. Con mucho tráfico 9. No sabe/ no responde
La siguiente pregunta se refiere a calle o avenidas que rodeaban su casa o edificio, ¿Cómo considera el tipo de camino?	0. Privado o cerrado al tráfico sin tránsito de vehículos. 1. Calle secundaria / plaza urbana con poco tráfico. 2. Plaza suburbana secundaria, poco tráfico. 3. Calle / plaza urbana con tráfico moderado. 4. Calle / plaza extraurbana con tráfico moderado. 5. Calle de alto tráfico / plaza urbana. 6. Carretera / plaza de alto tráfico extraurbano
¿Hay cruces a menos de 100 m de su casa?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Se forman colas de tráfico dentro de los primeros 100 m de su casa?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
¿Por cuántas horas se forma el tráfico?	Horas de tráfico
¿Cuántas ventanas de su casa dan a la calle donde está expuesta al tráfico?	Número de ventanas
Dentro de un radio de 100m de la casa, ¿Circula alguna ruta de autobuses, microbuses, combis, mototaxis, peseros o metrobús?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

Antecedentes familiares de cáncer

Conjunto de preguntas para obtener información respecto a los antecedentes familiares de cáncer por parte del padre. Será determinado con las siguientes preguntas:

Definición operacional	Definición operacional
¿Tiene algún familiar directo (padres o hermanos) que tenga o haya tenido algún tipo de cáncer?	
Padre <input type="text"/> Madre <input type="text"/> Hermanos <input type="text"/>	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

VARIABLES SOBRE FACTORES DE RIESGO DEL(LA) HIJO(A)

Definición operacional de las variables de factores de riesgo del(la) hijo(a)

Exposición a radiación	Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición a radiación del(la) hijo(a). Será determinado con las siguientes preguntas:	
	Definición operacional	Escala de medición
	¿Al niño(a) le han tomado?...	
	Radiografías Ultrasonidos Tomografías Resonancia magnética Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste Radiografías dentales	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	Edad de la toma	
	Radiografías Ultrasonidos Tomografías Resonancia magnética Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste Radiografías dentales	Edad en que se tomaron los estudios
	Número de veces	
	Radiografías Ultrasonidos Tomografías Resonancia magnética Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste Radiografías dentales	Número de veces
Antecedentes familiares de cáncer	Conjunto de preguntas para obtener información respecto a los antecedentes familiares de cáncer por parte del(la) hijo(a). Será determinado con las siguientes preguntas:	
	Definición operacional	Definición operacional
	¿Tiene algún familiar directo (padres o hermanos) que tenga o haya tenido algún tipo de cáncer?	
	Padre Madre Hermanos Tíos paternos Tíos maternos Abuelos paternos Abuelos maternos	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
Exposición a pesticidas	Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición a pesticidas por parte del padre. Será determinado con las siguientes preguntas:	
	¿Alguna vez ha estado presente el niño en tratamientos de fumigación con pesticidas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde

	¿Qué edad tenía el niño durante la aplicación?	Edad del niño(a) durante la aplicación
	¿Cuántas veces estuvo presente?	Número de veces
	¿Alguna vez el niño ha estado presente en aplicaciones de insecticidas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿Qué edad tenía el niño durante la aplicación?	Edad del niño(a) durante la aplicación
	¿Cuántas veces estuvo presente?	Número de veces
Exposición residencial	Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición residencial por parte del(la) hijo(a). Será determinado con las siguientes preguntas:	
	Para la siguiente pregunta, le voy a mencionar distintos lugares, de los cuales usted deberá mencionar, cuáles de ellos quedan cerca del domicilio del niño/a o la escuela donde el/ella asiste	
	Fábricas Plantas de Luz Cables de alta tensión Torres de alta tensión Transformadores de luz Refinerías de petróleo Gasolineras Basureros municipales Otros (especificar)	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿A qué distancia está el domicilio o la escuela del niño de...?	
	Fábricas Plantas de Luz Cables de alta tensión Torres de alta tensión Transformadores de luz Refinerías de petróleo Gasolineras Basureros municipales Otros (especificar)	Distancia en metros
Tabaquismo	Conjunto de preguntas para obtener información respecto a la exposición del tabaco por parte del(la) hijo(a). Será determinado con las siguientes preguntas:	
	¿El niño(a) ha fumado? No aplica esta pregunta para niños menores de 10 años.	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿Desde qué edad empezó a fumar el niño?	Edad del niño referida por los padres
	¿Su hijo(a) ha estado presente con personas mientras fuman?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	¿El niño(a) ha estado expuesto con el humo del tabaco de alguna de estas personas?	0. No 1. Sí 9. No sabe / no responde
	En promedio, ¿Cuántas horas a la semana ha estado expuesto su hijo al humo de tabaco con esa persona?	Número de horas que refieran los padres

ETAPAS

- Identificación de factores de riesgo y cuestionarios.
 - a. Se realizó una búsqueda sistemática en las bases PubMed, Google Scholar e Imbiomed con las palabras clave: “Childhood cancer”, “Environmental exposure”, “Questionnaires” y “Reliability and validity”. Se seleccionaron todos los estudios que se basaron en cuestionarios para medir factores de riesgo ambientales que contribuyen al desarrollo de cáncer infantil, aplicados en madres, padres y niños.
 - b. Al no estar disponible ningún cuestionario en las bases de datos revisadas, se hizo la invitación a siete distintos grupos de investigación mediante correo electrónico: al Dr. Robert B Gunier de la Universidad de California, Berkeley (*The California Childhood Leukemia Study*); Dra. Elisabeth Cardis del ISGlobal-Barcelona Institute for Global Health (*MOBI-KIDS – Risk of brain cancer from exposure to radiofrequency fields in childhood and adolescence*); Prof. Mary McBride de la Universidad de Columbia Británica (*Canadian Centre for Applied Research in Cancer Control*); Dra. Jacqueline Clavel de la Paris-Descartes University (*estudio ESCALE*); Prof. Corrado Magnani del Dipartimento di Medicina Traslazionale - Università del Piemonte Orientale (*estudio italiano SETIL*) y al Dr. Mejía Aranguré del Instituto Mexicano del Seguro Social que forma parte del *Childhood Leukemia International Consortium*, con el objetivo de solicitar los cuestionarios utilizados en sus respectivos estudios.
 1. Se obtuvo respuesta de tres investigadores
 - Cuestionario del estudio ESCALE. (95)
 - Cuestionario del estudio SETIL. (96)

- Cuestionario del *Childhood Leukemia International Consortium*, que se utiliza en México partiendo de su versión original. (83) (ANEXO 1)

Además de contar con el cuestionario del estudio *New Leads Leukemia and Down Syndrome Study* de la Universidad de Minnesota (previamente obtenido por la Dra. Gabriela Elisa Mercado Celis).

- Revisión de los instrumentos recolectados e identificación de las preguntas correspondientes a factores de riesgo ambientales.
 - a. Las preguntas se agruparon de acuerdo con cada factor identificado por los diferentes grupos de investigación. Se consideraron las preguntas que tienen validez aparente, al ser obtenidos de instituciones o consorcios de investigación especializados en el estudio del cáncer infantil y sus factores asociados.
 - b. Selección de los ítems
Se consideraron tres criterios: el primero valoró que las preguntas fueran dirigidas a factores de riesgo identificados como agentes cancerígenos por parte de la Agencia Internacional para la Investigación sobre Cáncer (IACR),(16) el segundo criterio se basó según su clasificación como factores de riesgo o factores asociados con fuerza de asociación ≥ 1.8 , y por último el tercer criterio de selección consideró la frecuencia de las preguntas en los instrumentos identificados. En esta etapa se tradujeron todas las preguntas que se seleccionaron de los cuestionarios recolectados.

- Validez de contenido

a. La validez de contenido evalúa si el instrumento incluye las dimensiones del constructo que quiere medir, brinda evidencia de que la definición semántica queda bien representada en los ítems diseñados, éstos son relevantes para el constructo y describen adecuadamente cada una de las dimensiones propuestas en la definición semántica. (124) La Validez de Contenido se estimó con la revisión de tres expertos mediante una formato de evaluación que se diseñó específicamente para esta etapa (ANEXO 2), se utilizó el método de Lawshe, que consiste en la evaluación de los ítems por los expertos y solicitándoles que clasifiquen cada uno de los ítems en una de tres categorías: esencial, útil pero no esencial, no esencial. (125)

b. Se calculó la Razón de Validez de Contenido (RVC) para cada ítem, y se eliminaron los ítems en los que la razón sea menor de 0.58.

Fórmula

$$CVR = \frac{n_e - N/2}{N/2}$$

n_e =número de expertos que tienen acuerdo

N = Número total de expertos

c. Se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) para todo el instrumento, es un promedio del valor obtenido de todos los ítems seleccionados previamente. Fue calculado con la siguiente formula:

$$CVI = \frac{\sum_{i=1}^M CVR_i}{M}$$

CVR_i = Razón de validez de contenido de los ítems aceptables de acuerdo con el criterio de Lawshe

M = Total de ítems aceptables en el instrumento

- Pruebas piloto

- a. Se realizaron dos pruebas piloto, en la primera prueba participaron 11 parejas, mientras que en la segunda participaron 12. A todos los participantes se les pidió que mencionaran si alguna pregunta o indicación no era lo suficientemente clara, ya sea por la redacción completa de la pregunta o por alguna palabra en específico. El objetivo principal de ambas pruebas fue verificar los siguientes aspectos:

Grado de comprensión de los ítems: Los ítems deben estar redactados en un lenguaje comprensible para todos los participantes del estudio, evitando utilizar terminología médica.

Ambigüedades: las preguntas no deben utilizar términos que puedan ser interpretados de distintas maneras.

Rango de las respuestas: se verificó la utilidad de las respuestas propuestas. Se identificó si en alguna pregunta ningún participante respondió a alguna de las opciones de las respuestas, con el fin de considerar la eliminación de esa opción en esa pregunta.

Frecuencia de respuesta: si más del 95% de las personas a quienes se les aplicó la prueba preliminar calificaron igual un ítem, se consideró la posibilidad de excluir esa pregunta de la escala.

Características del formato del instrumento: Se tomó en cuenta un adecuado tipo y tamaño de letra, de igual forma, se consideró un espacio suficiente para las preguntas y las respuestas.

Tiempo: se midió el tiempo total invertido para la aplicación completa del cuestionario.

- Adaptación cultural
 - a. Con los resultados obtenidos en las pruebas anteriores, se realizaron 30 entrevistas a mujeres y 30 entrevistas a hombres que tuvieran al menos un hijo, con el objetivo de verificar los cambios realizados de las pruebas piloto y para esta etapa determinar si existía o no algún problema con respecto a la redacción y comprensión de todas las indicaciones y preguntas que conforman el cuestionario.

MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para la estimación de la validez de contenido, se diseñó una herramienta de evaluación para los expertos, quienes calificaron todas las preguntas del cuestionario (ANEXO 2)

Para cada prueba piloto y en la etapa de adaptación cultural, a las personas que participaron, se les explicó de manera breve los objetivos de esta investigación. A las personas que aceptaron participar se les solicitó firmar el consentimiento informado. (ANEXO 3)

Como parte del proyecto general *1000 familias Estudio de factores de predisposición genética y ambiental para cáncer pediátrico*, el cuál fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Odontología, UNAM (CIE/0103/08/2018), se contactó con la Fundación ANSER para solicitar el consentimiento para la realización de esta investigación. Se aprobó la realización del proyecto y la Fundación ANSER puso disponibles sus bases de datos para poder identificar a los posibles candidatos para participar en el estudio.

A las personas identificadas en la base de datos se les invitó a participar de manera personal o telefónica.

Se realizó un primer filtro de la base de datos de la fundación para considerar a los posibles candidatos de acuerdo con los criterios de selección, (madre y padre biológicos del niño) y que además tuvieran anexado al menos algún teléfono para poder contactarlos.

Se identificaron un total de 750 registros en la base de datos desde el año 2014 hasta 2020, sin embargo, solo se pudieron seleccionar 123 familias.

Los participantes se contactaron de dos maneras: La primera de ellas mediante contacto físico, el cual consistía en visitar la fundación los días de junta mensual. La

cual se realizaba en un horario de 8:00 a 13:00 horas con distintas actividades dinámicas con los niños y sus familiares. Se realizaron únicamente cuatro visitas, en una de ellas se programó una presentación de 20 minutos para explicar e invitar a los familiares a formar parte del estudio. Aproximadamente 50 personas escucharon la presentación, sólo 5 familias proporcionaron sus datos aceptando la invitación al estudio.

La segunda opción, fue mediante vía telefónica, durante la llamada se presentó el estudiante para explicar de forma resumida y clara los objetivos del estudio e invitar a las familias a participar.

Cabe señalar que la invitación mediante vía telefónica tuvo mayor aceptación.

Durante el primer contacto se les ofreció una explicación del propósito del estudio, y se les solicitó su consentimiento informado. Posteriormente, se procedió a realizar la entrevista al padre y a la madre del niño para obtener la información sociodemográfica y la correspondiente a la exposición de los factores ambientales identificados previamente.

Al momento de realizar la entrevista se les informó a ambos padres que la aplicación del cuestionario sería de forma personal y privada entre ellos mismos.

La recolección de los datos se llevó a cabo en tres escenarios: dentro de las instalaciones de la fundación ANSER, en la sala de espera de los hospitales (Instituto Nacional de Pediatría y Hospital Infantil de México Federico Gómez) donde los niños llevaban su tratamiento y en el domicilio de los participantes. El lugar de la entrevista dependió de la decisión del participante con el motivo de no interferir con sus actividades.

Se diseñó un manual del entrevistador (ANEXO 4) que sirvió de apoyo para el estudiante que realizó las entrevistas, el cual fue previamente capacitado y entrenado para desarrollar las entrevistas.

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en su título segundo, este proyecto se considera con riesgo mínimo.(126)

Este protocolo fue sometido y aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM. (CIE/0208/05/2019). (ANEXO 5)

El consentimiento de los participantes se obtuvo por escrito, después de explicar el propósito del estudio. (ANEXO 3)

MÉTODOS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se diseñó una base de datos con el programa EpiData para el registro de los datos. (127)

Previo a la evaluación de los expertos para la estimación de la validez de contenido se eliminaron todas las preguntas que fueran similares entre cuestionarios.

La Razón de Validez de Contenido (RVC) se calculó para cada ítem, como una proporción de acuerdos entre los expertos en la categoría de esencial. Se consideraron todos los ítems con una $RVC > 0.58$. Además, se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC), el cual es el promedio de todos los ítems que fueron categorizados como esenciales, el IVC se considera aceptable cuando tiene un valor superior a 0.58

Estimación de la consistencia interna del instrumento. Se aplicó el instrumento en sus diferentes componentes para estimar la consistencia interna (Coeficiente Alpha de Cronbach). Se estimó la consistencia interna de acuerdo con la dimensión, y la persona que respondió (padre, madre, hijo/a) con el programa estadístico Stata 14.1(128).

RESULTADOS

De todos los pacientes registrados en la base de datos de la fundación ANSER, sólo 123 tenían información necesaria para establecer contacto.

A las personas que no respondieron la primera vez, se les llamó por teléfono otras 4 veces en distintos horarios y días para tener obtener respuesta, 22 familias en total no contestaron en ninguna ocasión; 32 números telefónicos no eran los correctos.

De las 74 familias que se contactaron por vía telefónica, cinco no aceptaron participar, sin embargo, por cuestiones de tiempo de los participantes sólo se pudieron aplicar 54 cuestionarios, de los cuales, 11 quedaron incompletos debido a la emergencia sanitaria COVID-19.

Del total de cuestionarios aplicados, 15 fueron aplicados en el domicilio de los padres o madres de familia, los demás se aplicaron en los hospitales que les correspondía la atención a la o el paciente pediátrico.

La sección del hijo fue respondida únicamente dos veces por el padre, en todas las demás entrevistas la sección fue reportada por la madre.

Características sociodemográficas

La edad promedio de las madres fue 32.9 ± 8.2 años, para los padres fue 34.7 ± 8.1 años. La edad promedio de los infantes fue 6.5 ± 4.5 , para las niñas 6.6 ± 4.5 y para los niños 6.4 ± 4.5 .

Con respecto a la escolaridad de la madre, 40.4% mencionaron tener bachillerato terminado, 25% secundaria terminada, 5.7% licenciatura, el resto reportó tener secundaria terminada hasta primaria incompleta.

Con respecto a la escolaridad del padre, 27.2% reportó haber cursado el bachillerato terminado, 20.4% secundaria completa, 18.1% secundaria incompleta, 15.9% primaria completa, 6.8% primaria incompleta, 6.8% licenciatura y 4.5% bachillerato incompleto.

En cuanto al estado civil, 46.1% de padres y madres reportaron estar casados, 46.1% vivían en unión libre y 5.7% reportaron estar solteras.

El 76% de los padres de familia reportaron vivir en una zona urbana

De todos los participantes entrevistados, 40.3% vivía en el Estado de México, mientras que 30.7% vivía en la CDMX, el resto de los participantes reportaron vivir en los siguientes estados: Guerrero (3.8%), Hidalgo (5.7%), Oaxaca (5.7%), Puebla (3.8%), Veracruz (7.6%) y Tlaxcala (1.9%).

De todos los cuestionarios realizados, 60.4% correspondían a niños con algún tipo de cáncer. De los cuales el tipo de cáncer más frecuente fue Leucemia Linfoblástica Aguda (37.5%) seguido de tumor de Wilms (12.5%), Sarcoma de Ewing (6.2%) y Leucemia Mieloide Aguda (6.3%); el resto correspondía a neoplasias como: meduloblastoma, osteosarcoma, linfoma linfoblástico, linfoma no Hodgkin, Retinoblastoma, sarcoma embrionario, LLA de alto riesgo, Leucemia del lactante y tumor cerebral.

Selección de preguntas

En la primera fase, se revisaron de forma exhaustiva los cuestionarios recolectados. Se identificaron un total de 2469 ítems, 1563 ítems fueron dirigidos únicamente a la madre, 378 ítems dirigido al padre y 528 dirigidos para el(la) hijo(a). La Tabla 1 muestra las secciones que tiene cada cuestionario, así como el número total de preguntas que conforman cada uno. (Tabla 5)

Cuestionarios	Secciones	Número de ítems	Total por sección
Universidad de Minnesota	Madre	500	Madre: 1563 ítems
	Padre	160	
ESCALE	Madre	427	
SETIL	Madre	370	Padre: 378 ítems
	Padre	78	
	Hijo	167	
Consortio Internacional de Leucemia Infantil	Madre	266	Hijo(a): 528 ítems
	Padre	140	
	Hijo	361	
TOTAL		2469	

En la siguiente fase, de acuerdo con la búsqueda sistemática que se realizó previamente sobre los factores de riesgo, se identificaron 9 factores para la madre, 7 para el padre y 5 para el(la) hijo(a). De los 2469 ítems revisados por los cuatro cuestionarios, solamente 668 ítems son específicos para factores de riesgo ambientales; 355 ítems dirigidos para la madre, 258 para el padre y 55 para el(la) hijo(a). (Tabla 6)

Exposiciones	Secciones y número de preguntas			Total de preguntas
	Madre	Padre	Niño	
Exposición a pesticidas	34	73	6	113
Alcoholismo	66	14		80
Tabaquismo	106	83	24	213
Consumo de drogas	31	35		66
Exposición a radiación	65	24	5	94
Exposición a productos derivados de petróleo	13	8		21
Consumo de café	9			9
Antecedentes familiares de cáncer	21	21	12	54
Antecedentes reproductivos maternos	10			10
Exposición residencial			8	8
Total de preguntas por sección	355	258	55	668

Validez de contenido

Para la estimación de la validez de contenido los expertos evaluaron un total de 394 ítems, 252 ítems correspondientes a la sección de la madre, 110 ítems de la sección del padre y 32 ítems de la sección del(la) hijo(a).

Se utilizó el método de Lawshe (129), con el cual se estimó la Razón de Validez de Contenido y el Índice de Validez de Contenido. Los ítems que se consideraron para la siguiente etapa cumplieron el criterio de Lawshe, el cual elimina todos los ítems con una RVC menor a 0.58.

Dentro de la primera versión del cuestionario en la sección de la madre, los expertos evaluaron 252 ítems en 9 categorías (Exposición a tabaco, Consumo de alcohol, Consumo de drogas, Exposición a radiación, Antecedentes ginecológicos, Exposición a pesticidas, Exposición a productos derivados de petróleo, Historia familiar de cáncer y Consumo de café), de los cuales 76 fueron eliminados por tener una $RVC < 0.58$, los resultados con respecto al número de preguntas eliminadas por sección se encuentran en la Tabla 7.

Tabla 7. Número total de preguntas evaluadas por los expertos de la sección de la madre

CUESTIONARIO PARA LA MADRE			
Exposición	Número de ítems evaluados	Número de preguntas con $RVC \geq 0.58$	Número de preguntas con una $RVC < 0.58$
Exposición a tabaco	40	9	31
Consumo de alcohol	61	20	41
Consumo de drogas	27	27	-
Exposición a radiación	15	15	-
Antecedentes ginecológicos	9	9	-
Exposición a pesticidas	39	38	1
Exposición a productos derivados de petróleo	49	46	3
Historia familiar de cáncer	5	5	-
Consumo de café	7	7	-
Total	252	176	76

Para la sección del padre, los expertos evaluaron 110 ítems distribuidos en 7 factores de riesgo ambientales, de los cuales, la mayoría de los ítems eliminados correspondían a exposición de tabaco y consumo de alcohol. En total se eliminaron 59 ítems, por lo que 51 ítems fueron aprobados por tener una RVC > a 0.58. Los resultados de la evaluación de todos los ítems distribuidos por factor ambiental se encuentran en la Tabla 8.

Tabla 8. Número total de preguntas evaluadas por los expertos de la sección del padre

CUESTIONARIO PARA EL PADRE			
Exposición	Número de ítems evaluados	Número de preguntas con RVC ≥ 0.58	Número de preguntas con una RVC < 0.58
Exposición a tabaco	23	0	23
Consumo de alcohol	20	1	19
Consumo de drogas	9	9	-
Exposición a radiación	16	16	-
Exposición a pesticidas	15	10	5
Exposición a productos derivados de petróleo	23	14	9
Historia familiar de cáncer	4	1	3
Total	110	51	59

Para la sección del(la) hijo(a), los expertos evaluaron 32 ítems distribuidos en 5 factores de riesgo ambientales. De las tres secciones evaluadas, esta sección no tuvo ítems con una RVC < 0.58. por lo que los 32 ítems fueron aprobados. Los resultados de la evaluación de todos los ítems distribuidos por factor ambiental se encuentran en la Tabla 9.

Tabla 9. Número total de preguntas evaluadas por los expertos de la sección del(a) hijo(a)

CUESTIONARIO PARA EL(A) HIJO(A)			
Exposición	Número de ítems evaluados	Número de preguntas con RVC\geq0.58	Número de preguntas con una RVC$<$0.58
Exposición a radiación	6	6	-
Historia familiar de cáncer	7	7	-
Exposición a pesticidas	6	6	-
Exposición residencial del niño	8	8	-
Exposición a tabaco	5	5	-
Total	32	32	-

Primera prueba piloto

La primera prueba piloto se aplicó a una muestra de 12 parejas (madre y padre) de población general. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado. Se evaluó el tiempo de aplicación, características del formato del cuestionario, comprensibilidad, redacción y vocabulario de todas las preguntas e indicaciones que lo conforman. El tiempo promedio de la entrevista fue de 41 minutos para ambos padres.

Se les indicó a los participantes que mencionaran si alguna de las indicaciones o pregunta no era comprensible, a partir de ello se registraron los comentarios de las siguientes preguntas:

Para la pregunta 109 (cuestionario para la madre): *“Un mes antes de que se embarazara, ¿Estuvo en contacto con productos para el hogar y jardín utilizados alrededor de la casa o apartamento como productos para controlar el crecimiento*

de pasto o dientes de león, productos para controlar caracoles o babosas y tratamientos para las plantas o arboles contra enfermedades o insectos (nombres comerciales: Trompa Pellets, Termidel, Control 24D, Raid Casa y Jardín, Raid Acción Total, Raid mata moscas y mosquitos, Raid Max) (Imidacloprid, Abamectina, Lactona macrocíclica, clorpirifos etil, Praletrina Fenotrina, Imiprotina, Cipermetrina, Tetrametrina)?” - Los participantes tenían la necesidad de escuchar mas de ocasión la pregunta al ser muy extensa, por lo que se eliminaron algunos productos que no reconocían (*Trompa Pellets, Termidel Imidacloprid, Abamectina, Lactona macrocíclica, clorpirifos etil, Praletrina Fenotrina, Imiprotina, Cipermetrina, Tetrametrina*)

Se identificó que la pregunta 179 (*cuestionario para la madre*) y 66 (*cuestionario para el padre*) “*¿Hay intersecciones a menos de 100 m de su casa?*”, la palabra intersección no era comprensible, los participantes sugirieron cambiar la palabra intersección por la palabra “**cruce**”.

Se identificó que la pregunta 5 de los cuestionarios para la madre y el padre “*¿Cuántos cigarrillos fuma por semana?*”, tenía que ser modificada debido a la información obtenida en la pregunta anterior (4. “*¿Cuántos cigarrillos fuma por día?*”). Por tal razón quedó redactada de la siguiente manera: *¿Cuántos días fuma por semana?*

Se sugirió para las preguntas 142, 149 y 156 “*En total, Un mes antes de su embarazo ¿Cuántas veces estuvo expuesta a los productos antes mencionados?*” la palabra **veces** fuera modificada por la palabra **días**. Lo mismo sucedió en el cuestionario del padre para las preguntas 57 y 63 “*En total, un mes antes del embarazo de su pareja, ¿Cuántos días estuvo expuesto a los productos antes mencionados?*”

Se identificó que las preguntas 178 y 67 de los cuestionarios para la madre y el padre respectivamente “*¿Las colas de tráfico se forman dentro de los 100 m de la*

casa?” asumían la presencia de colas de tráfico por lo que se redactó de la siguiente manera: “¿Se forman colas de tráfico dentro de los primeros 100 m de su casa?”

Dentro del cuestionario para el(la) hijo(a), se identificó que habría que especificar a los padres que la información acerca de la exposición a radiación debía ser con respecto a estudios tomados antes del diagnóstico neoplásico de sus hijos.

Segunda prueba piloto

En la segunda prueba se evaluaron los cambios realizados en la prueba anterior. Se realizaron algunos cambios con respecto al formato del cuestionario, sin embargo, al contar con un gran número de preguntas se encontraron problemas de redacción en algunas preguntas y escalas de medición.

El resto de las preguntas no presentaron ningún problema de comprensibilidad y ningún participante mostró incomodidad respecto a las indicaciones y vocabulario del cuestionario.

Adaptación cultural del cuestionario

Al contar con un gran número de preguntas, el cuestionario en su versión final (Anexo 6) fue evaluado nuevamente con la aplicación de 30 entrevistas, para evaluar los resultados obtenidos en las pruebas piloto y continuar evaluando la presencia de palabras o preguntas que no fueran comprensibles o que estuviesen mal redactadas, así como las indicaciones que conforman el instrumento. No se identificó ningún problema de comprensión y redacción en lo que constituye todo el cuestionario.

Distribución de frecuencias de las respuestas a los ítems y estimaciones de consistencia interna

PREGUNTAS DIRIGIDAS A LA MADRE

Tabaquismo

Se encontró que 17 de las 56 madres entrevistadas (30.4%) habían fumado al menos un cigarrillo por día, por un periodo de tres meses o más, 16% manifestaron fumar o haber fumado habitualmente al menos una vez al día durante al menos 6 meses, 10.7% reportaron fumar en la actualidad, la edad de inicio de tabaquismo fue entre los 15 y los 23 años. 12.5% expresó que fumó el año anterior a quedar embarazada y 12.5% también manifestó fumar antes de saber que estaba embarazada. Ninguna de las entrevistadas fumó durante el embarazo, ni durante el periodo de lactancia. En relación con el tabaquismo pasivo, antes del embarazo 29 participantes (51.8%) reportaron haber estado en contacto con personas que fumaban, 40% refirieron haber estado en contacto con personas que fumaban un año antes del embarazo. De las 17 madres que refieren estar en contacto durante el embarazo (30.4%), 14, estuvieron en contacto durante el primer trimestre, 13 durante el segundo trimestre y 10 durante el tercer trimestre. De igual manera, 8 (14.3%) estuvieron en contacto con personas que fumaban durante los primeros 6 meses de lactancia.

La consistencia interna (Alpha de Cronbach) fue 0.2884, sin embargo, si se elimina la pregunta sobre el número de cigarrillos que se fuman por día el coeficiente se incrementa a 0.5454. (Tabla 10) En cuanto al tabaquismo pasivo el coeficiente Alpha fue 0.8898 (Tabla 11)

Tabla 10. Consistencia interna de los ítems sobre tabaquismo.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
fumado_unc~i	56	+	-0.4530	-0.4881	2.165409	0.3083
fumar_habi~e	56	+	-0.2794	-0.3135	1.981197	0.2885
actualment~a	56	+	-0.4907	-0.4985	2.187986	0.3105
cigarr~r_dia	6	-	0.9943	0.6666	.1012529	0.5454
cigarrill~na	6	+	0.4695	0.4155	1.072769	0.2063
edad_fumar~e	13	-	0.5382	0.4444	.8228719	0.1629
fumo_ano_a~o	56	+	-0.2312	-0.2633	2.025291	0.2933
fumo_sin_s~o	54	+	-0.2428	-0.2739	2.0139	0.2938
Test scale					1.423192	0.2884

Tabla 11. Consistencia interna de los ítems sobre tabaquismo pasivo.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
estuvo_en_~_	56	+	0.5830	0.5499	2.052374	0.8916
numericiga~e	28	+	0.8696	0.7373	1.048077	0.8585
exposicion~b	55	+	0.5881	0.5630	2.050576	0.8918
exposicio~ia	21	+	0.9283	0.8582	.9402471	0.8449
dias_de_ex~o	21	+	0.5950	0.4265	1.694646	0.8848
durante_el~e	56	+	0.6754	0.6440	2.026333	0.8896
primer_tri~i	17	+	0.2446	0.2302	1.902749	0.8937
segundo_tr~s	17	+	0.4212	0.4018	1.887928	0.8926
tercer_tri~i	17	+	0.1601	0.1293	1.90369	0.8938
exposicio~pa	17	+	0.6280	0.5265	1.658823	0.8814
exposicion~g	17	+	0.6955	0.6027	1.623413	0.8786
exposici~mes	17	+	0.5561	0.4355	1.676266	0.8839
tabaquimo_~c	56	+	0.5530	0.5223	2.012941	0.8884
exposicion~i	9	+	0.0746	0.0646	1.833278	0.8909
exposicio~do	9	+	0.4253	0.4108	1.805316	0.8888
tabaquismo~o	9	+	0.6734	0.6648	1.797822	0.8882
vecesporse~u	9	+	0.5304	0.4435	1.637079	0.8795
expsemana_~s	8	+	0.7059	0.6461	1.574934	0.8736
expsemana_~o	8	+	0.7194	0.6603	1.569482	0.8732
Test scale					1.716408	0.8898

Consumo de alcohol

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas al menos dos bebidas al mes, 30.4% de las 56 participantes entrevistadas respondió afirmativamente, 50.9% reportaron haber consumido alguna bebida con alcohol antes del embarazo. Las bebidas más frecuentemente consumidas fueron: vino de mesa (11%), cerveza (52.8%), Brandy, tequila, ron o whisky (38.9%), pulque (13.9%), aguardiente (13.9%). Sobre la pregunta si habían bebido antes del embarazo, 11.3% respondieron afirmativamente, 13% bebieron antes de saber que estaba embarazada, 7% no dejó de beber al intentar embarazarse, ninguna de las participantes bebió después de saber que estaba embarazada, y sólo una de ellas bebió cerveza. Durante la lactancia, 5.5% reportó haber consumido alguna bebida alcohólica, lo que consumieron fue cerveza y vino de mesa. El coeficiente Alpha de Cronbach estimado fue 0.8731. (Tabla 12)

Tabla 12. Consistencia interna de los ítems sobre consumo de bebidas alcohólicas.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
tomar_alco~z	56	+	-0.0331	-0.0337	62.56328	0.8745
tomo_algun~_	55	+	0.2234	0.1749	61.06367	0.8729
antes_del~l	43	-	-0.1739	-0.2915	63.7992	0.8866
alcoholism~v	36	+	0.7376	0.6816	54.61157	0.8648
alcoholism~c	36	+	0.7372	0.6811	54.61544	0.8648
alcohol~an~e	36	+	0.7401	0.6847	54.58543	0.8647
alcoholism~t	36	+	0.7387	0.6831	54.61155	0.8648
alcoholism~p	36	+	0.7375	0.6815	54.61104	0.8648
alcoholism~a	36	+	0.7370	0.6807	54.61406	0.8648
antes_del~r	37	-	-0.2171	-0.3380	64.25912	0.8892
cerveza_p~ia	56	+	0.0331	0.0214	62.52819	0.8745
cerveza_p~na	56	+	0.0337	0.0331	62.56107	0.8745
cerveza_po~s	56	+	0.0223	0.0194	62.56605	0.8745
cerveza_po~o	56	+	0.0266	0.0210	62.52616	0.8744
cooler_por~s	56	+	0.0220	0.0208	62.55449	0.8745
vinomesa_p~a	56	+	0.0109	0.0106	62.55786	0.8745
ron_por~se~a	56	+	0.0109	0.0106	62.55786	0.8745
brandy_po~na	56	+	0.0109	0.0106	62.55786	0.8745
whisky_po~na	56	+	0.0109	0.0106	62.55786	0.8745
whisky_por~s	56	+	0.0135	0.0127	62.55568	0.8745
whisky_por~o	56	+	0.0157	0.0155	62.55755	0.8745
vodka_por~na	56	+	0.0109	0.0106	62.55786	0.8745
conac_por~o	56	+	-0.0445	-0.0449	62.56141	0.8745
pulque_por~s	56	+	0.0238	0.0223	62.55361	0.8745
pulque_por~o	56	+	0.0020	0.0015	62.55735	0.8745
tequila_p~ia	56	+	0.0243	0.0215	62.55052	0.8745
tequila_p~na	56	+	0.0268	0.0261	62.55493	0.8745
tequila_po~s	56	+	0.0225	0.0211	62.55374	0.8745
tequila_po~o	56	+	0.0092	0.0085	62.5575	0.8745
bebido_un_m~o	53	+	0.0516	0.0513	62.30513	0.8742
antesdesab~l	54	+	0.5191	0.4852	59.77248	0.8702
dejodetoma~e	56	-	0.1552	-0.0683	62.58223	0.8939
tomo_duran~o	56	+	0.4440	0.3723	58.68972	0.8705
vinomesa	8	+	0.8405	0.8168	51.4946	0.8556
coolersimi~s	8	+	0.8405	0.8168	51.4946	0.8556
cerv	8	+	0.8414	0.8178	51.50157	0.8556
brandytequ~a	8	+	0.8405	0.8168	51.4946	0.8556
pulqueyferm	8	+	0.8405	0.8168	51.4946	0.8556
alcoholpuro	8	+	0.8405	0.8168	51.4946	0.8556
frecuencia~o	7	-	-0.0085	-0.0694	60.31899	0.8745
Lactancia~l	55	-	0.0344	-0.0218	61.34969	0.8748
vinomesa_la~a	7	+	0.8318	0.8007	55.08447	0.8639
coolers_la~a	7	+	0.8318	0.8007	55.08447	0.8639
cerveza_la~a	7	+	0.8367	0.8067	55.07037	0.8638
brandytequ~a	7	+	0.8318	0.8007	55.08447	0.8639
puque_lact~a	7	+	0.8318	0.8007	55.08447	0.8639
aguardient~a	7	+	0.8318	0.8007	55.08447	0.8639
frecuencia~a	8	-	0.0883	0.0005	59.59156	0.8741
bebida_pre~a	8	-	0.0883	-0.0071	59.62093	0.8745
Frecuencia~a	8	-	0.0882	0.0019	59.56141	0.8739
Test scale					58.95231	0.8731

Consumo de drogas

En cuanto a las preguntas sobre el consumo de drogas, sólo una de las participantes reportó haber consumido marihuana. No fue posible estimar la consistencia interna de las preguntas.

Exposición a radiación

En relación con la exposición a la radiación y la toma de radiografías 8 (14.3%) de las 56 participantes expresó que le habían tomado una radiografía antes del embarazo, sólo una participante reportó que le había sido tomada una radiografía durante el tercer mes de embarazo, en ningún otro mes se realizaron tomas de radiografías. La consistencia interna (Alpha de Cronbach) fue 0.6687. (Tabla 13)

Tabla 13. Consistencia interna de los ítems sobre exposición a radiación.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
radiografias	56	-	0.9132	0.7494	.007684	0.3349
no_veces_a~X	56	-	0.9166	0.7389	.0074675	0.3503
mes3embara~X	56	+	0.4113	0.2450	.037987	0.7096
n~x_embarazo	56	+	0.4113	0.2450	.037987	0.7096
Test scale					.0227814	0.6687

Ultrasonido

La frecuencia de realización de ultrasonidos fue 16%. Antes del embarazo 16% de las participantes se realizaron ultrasonidos, 21.4% durante el primer mes, 46.4% en el segundo mes, 53.6% en el tercer mes, 48.2% en el 4º mes, 55.4% en el 5º, 67.9% en el 6º, 48.2% en el 7º, 62.5% en el 8º y 58.9% en el 9º mes de embarazo. El valor del Alpha de Cronbach fue 0.7682. (Tabla 14)

Tabla 14. Consistencia interna de los ítems sobre realización de ultrasonidos.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
ultrasonidos	56	+	0.4156	0.3124	.0584534	0.7613
no_veces_~NI	56	+	0.5090	0.2967	.0529693	0.7784
mes1embara~0	56	+	0.6523	0.5674	.0523554	0.7379
mes2embara~0	56	+	0.5991	0.4825	.0520248	0.7434
mes3embara~0	56	+	0.5018	0.3693	.0548583	0.7561
mes4embara~0	56	+	0.6331	0.5228	.0510153	0.7388
mes5embara~0	56	+	0.5844	0.4655	.0524793	0.7454
mes6embara~0	56	+	0.4735	0.3467	.0559917	0.7582
mes7embara~0	56	+	0.6218	0.5093	.0513459	0.7403
mes8embara~0	56	+	0.4998	0.3713	.0550767	0.7558
mes9embara~0	56	+	0.6390	0.5318	.0509917	0.7380
nu~o_embaraz	56	+	0.2935	0.1876	.0611393	0.7707
Test scale					.0540584	0.7682

Tomografías, resonancia magnética, radiografías de contraste, radiografías dentales, trabajo en lugares con exposición a radiaciones.

No se obtuvo información sobre tomografías, resonancia magnética, Radiografías de contraste porque ninguna participante fue sometida a alguno de estos procedimientos. Por otro lado, sólo una participante se tomó una radiografía dental. De igual manera, dos participantes reportaron haber trabajado en lugares con exposición a radiación, no utilizaron aditamentos para medir la radiación, una de ellas trabajó dos años 7 días a la semana y durante el embarazo siguió trabajando en el lugar. Sin embargo, no fue posible calcularla consistencia interna de los ítems.

Número de embarazos

En relación con el número de embarazos, de las 56 participantes, 12 (21.4%) tuvieron un embarazo, las demás participantes tuvieron entre dos y cinco

embarazos. La edad del primer embarazo tuvo un rango de 14 a 43 años. 21.8% tuvieron embarazos que no se completaron. Si se elimina la pregunta sobre la edad en la que se embarazó la primera vez, la consistencia interna sube de 0.4754 a 0.7013. (Tabla 15)

Tabla 15. Consistencia interna de los ítems sobre antecedentes ginecológicos.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
numero_com~s	56	+	0.6823	0.5939	.3631876	0.3724
anos_prime~o	56	-	0.8567	0.3341	.2421013	0.7013
numero_hijo	56	+	0.6398	0.5633	.406368	0.3983
resultado_~o	56	+	0.1789	0.0211	.5621458	0.4917
numero_par~s	56	+	0.5824	0.4742	.4005829	0.3977
embarazos_c~	56	+	0.5593	0.4640	.4237495	0.4101
cesareas_t~p	55	+	0.1633	0.0481	.552061	0.4813
e~nocomple~s	55	+	0.4235	0.3832	.51968	0.4594
abortos	55	+	0.4003	0.3473	.5122132	0.4560
Test scale					.4425832	0.4754

Cuando se indagó sobre el **uso de pesticidas, insecticidas, anti-plagas, repelentes para insectos, antipulgas, sustancias para fumigar, herbicidas**, se obtuvieron los siguientes resultados.

Con insecticida

Sobre el contacto con insecticida domésticos antes del embarazo 29.6%, durante el embarazo fue 20%, una persona reportó haber estado en contacto más de 10 veces. Durante el periodo de lactancia 9% de las entrevistadas manifestaron haber estado en contacto con insecticidas. El valor del coeficiente de consistencia interna (Alpha de Cronbach) tuvo una calificación de 0.1887 (Tabla 16)

Tabla 16. Consistencia interna de los ítems sobre uso de insecticidas.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
pesticidas	54	+	0.6037	0.5543	.650772	0.2103
veces_contacto	15	+	0.9493	-0.0934	.0331696	0.1036
durante_embarazo	55	+	0.4452	0.3879	.7079853	0.2238
cuantas_veces	10	+	0.8973	0.4097	.0424219	0.0238
lactancia_veces_lactancia	55	+	0.3713	0.3340	.6756514	0.2150
veces_lactancia	3	+	0.9596	-0.1394	.390301	0.1803
Test scale					.3473788	0.1887

No fue posible estimar la consistencia interna de los venenos para ratones y del repelente para insectos, ya que sólo hubo una respuesta positiva. No hubo respuestas positivas para los antipulgas, pesticidas en casa, y de trabajo con pesticidas en campos cercanos a la vivienda.

En cuanto al uso de pesticidas para el jardín, 33.3% de las participantes, estuvieron en contacto, 25.9% estuvieron en contacto durante el embarazo y 9% en el periodo de lactancia. El valor Alpha de Cronbach fue 0.2275. (Tabla 17)

Tabla 17. Consistencia interna de los ítems sobre uso de pesticidas para el jardín.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
meses antes de usar	54	+	0.5592	0.5242	1.521254	0.2458
veces contacto	18	+	0.5646	0.3732	.1438809	0.0375
embarazo	54	+	0.6236	0.5943	1.495303	0.2423
veces embarazo	14	+	0.9715	0.2761	.1765718	0.3717
lactancia	55	+	0.1185	0.0872	1.779445	0.2763
veces lactancia	5	+	0.9487	0.8318	.8156207	0.1872
Test scale					.8520286	0.2275

Petróleo y derivados del petróleo

En relación con el riesgo de contacto con petróleo y derivados del petróleo como gasolina, Diesel, queroseno, removedores, aceites, sólo se obtuvieron dos respuestas positivas, por lo que no fue posible estimar la consistencia interna de los ítems.

Contacto con pinturas

Sin embargo, para el contacto con pinturas se obtuvo la siguiente información. Sólo 8 participantes respondieron, de las cuales, cinco (62.5%), respondieron afirmativamente, 3 (37.5%) estuvieron en contacto con algún tipo de laca, thinner, 75% con algún tipo de tinte. Durante el embarazo respondieron 55 participantes, de las cuales, 9% estuvieron en contacto con lacas, pinturas, tres con thinner, 4 con tintes. Durante el periodo de lactancia 9% estuvieron en contacto con lacas o pinturas, tres personas en contacto con thinner y 4 en contacto con tintes. El valor del coeficiente de Cronbach fue 0.6117. (Tabla 18)

Tabla 18. Consistencia interna de los ítems sobre contacto con lacas y pinturas.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
~mes_pintura	8	+	-0.0880	-0.1636	.6189952	0.6228
conta~s_laca	8	-	0.4729	0.4042	.5833517	0.6072
contacto_m~r	8	+	0.4749	0.4080	.5584578	0.5957
contacto_m~e	8	+	-0.0887	-0.1660	.6198439	0.6230
total_vec~ro	8	-	0.3443	0.3202	.6059825	0.6193
co~o_pintura	55	+	-0.1332	-0.2440	.6655032	0.5659
cont~zo_laca	5	-	0.6387	0.6197	.5235777	0.5827
contacto_e~r	5	+	0.7368	0.7080	.5473873	0.5945
cont~o_tinte	5	+	-0.0694	-0.1131	.6207206	0.6274
veces_emba~e	5	-	0.6620	-0.1895	.2197682	0.6284
contacto_l~t	55	+	0.0299	-0.0607	.7762987	0.6068
c~a_pinturas	5	+	0.6083	0.5646	.5351402	0.5885
conta~a_laca	5	-	0.7259	0.7171	.5896335	0.6141
contacto_l~r	5	+	0.6083	0.5646	.5351402	0.5885
contacto_l~e	5	+	-0.3266	-0.3831	.5800732	0.6097
total_cont~e	5	+	0.1820	-0.3613	.0929796	0.2541
Test scale					.5377212	0.6117

Residir cerca de tráfico de vehículos automotores

En cuanto a los ítems sobre tráfico y contaminación por vehículos automotores, 9% indicaron vivir en un lugar con mucho tráfico, 21.8% con tráfico moderado, 45.5% vivían en calles secundarias, y 25.5% en una calle sin tráfico, 63.6% reportó que existen intersecciones a menos de 100 metros de su casa y 38% que se forman colas de vehículos a menos de 100 m de su casa, y 43.6% informó que circulan rutas de transporte público cerca de su casa. También se preguntó sobre el número de ventanas expuestas al tráfico y la respuesta varió entre 0 y 4 ventanas. El coeficiente Alpha de Cronbach tuvo un valor de 0.3424, sin embargo, al eliminar la pregunta sobre el número de ventanas el coeficiente se incrementa hasta 0.5675. (Tabla 19)

Tabla 19. Consistencia interna de los ítems sobre tráfico y contaminación.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
trafico_au~s	55	+	0.7226	0.5067	.0145159	0.0730
tipo_camino	55	+	0.8166	0.5625	.0010426	0.0068
intersecc~s	55	+	0.4316	0.2936	.0875146	0.3079
colas_traf~o	55	+	0.5142	0.3891	.0838984	0.2985
horas_traf~o	17	+	0.7647	0.3643	.0273176	0.1639
ventanas	55	-	-0.0231	-0.3376	.1916776	0.5675
rutas_tran~e	55	-	-0.1619	-0.3055	.14373	0.4348
Test scale					.0764288	0.3424

Respecto de los **antecedentes familiares de cáncer**, 12.9% indicó que tienen algún familiar directo (padres o hermanos que tengan o hayan padecido cáncer). El coeficiente Alpha de Cronbach tuvo un valor de 0.0503. (Tabla 20)

Tabla 20. Consistencia interna de los ítems sobre antecedentes familiares de cáncer.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
familiar_a~s	54	+	0.5547	.	3.214286	0.0201
padre_ante~e	7	-	0.1725	0.1653	2.684211	0.0531
madre_ante~e	7	+	1.0000	-0.2461	-.0263158	.
hermanos_a~s	7	-	0.3659	0.3563	.8947368	0.0181
Test scale					1.730769	0.0503

Consumo de café

En cuanto al **consumo de café**, 72.7% de las participantes manifestaron consumir café durante el embarazo, 75% consumieron tres tazas al día, en relación con el consumo de café descafeinado, 65% de las que habían consumido café no lo consumieron. Durante el periodo de lactancia 43.6% reportaron haberlo hecho, de éstas, 66.7% consumieron una taza al día. La consistencia interna (Alpha de Cronbach) fue 0.6291. (Tabla 21)

Tabla 21. Consistencia interna de los ítems sobre consumo de café.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
cafe_embar~o	55	+	0.6866	0.6425	.5508615	0.6489
tazas_cafe~o	40	+	0.4508	0.3709	.4521189	0.6102
tazas_pord~o	40	+	0.9062	0.6849	.1116029	0.3915
frecuencia~i	40	+	0.4176	0.1660	.4410803	0.6566
cafe_lacta~o	55	+	0.7536	0.7024	.483568	0.6115
tazas_cafe~a	24	+	0.3134	0.1844	.4382453	0.6212
semana_cafe	24	+	0.9391	0.7697	.1687907	0.4129
Test scale					.3737531	0.6291

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL PADRE

Tabaquismo

De los padres entrevistados, 48 respondieron el cuestionario. En relación con el consumo de tabaco, 68.8% respondieron que alguna vez en su vida han fumado al menos un cigarrillo por día, 56.3% fuman o han fumado habitualmente y 33.3% fuman actualmente. La mitad afirmó haber fumado un año antes del embarazo de la madre, y de estos, 54% fumaban diario, por otro lado, 75% estuvo en contacto con personas que fuman. El coeficiente de Cronbach tuvo un valor de 0.5622. (Tabla 22)

Tabla 22. Consistencia interna de los ítems sobre tabaquismo.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
algunavez_~o	48	+	0.2262	0.2054	8.530912	0.5678
fuma_fumad~e	48	+	0.2972	0.2766	8.472142	0.5659
fuma_Actua~e	48	+	-0.0484	-0.0666	8.629635	0.5710
cigarr~s_dia	16	-	0.9616	0.8836	1.691645	0.2674
cigarril~dre	16	+	0.3717	0.3258	7.116124	0.5410
fumo_un_an~o	48	+	-0.1028	-0.1236	8.652836	0.5717
cigarrillo~s	24	-	0.9206	0.5972	1.590671	0.3489
diasxseman~r	24	+	0.4855	0.4369	7.074652	0.5345
tabaquismo~e	48	+	0.1617	0.1498	8.651337	0.5716
cuantos_ci~p	36	+	0.4543	0.1105	7.499014	0.5812
diasxseman~o	36	+	0.2786	0.2224	7.853641	0.5550
veces_dia_~o	36	+	0.2121	0.1179	7.747472	0.5545
Test scale					6.865527	0.5622

Consumo de bebidas alcohólicas

En relación con el consumo de alcohol del padre, 77.1% reportó haber consumido al menos dos bebidas alcohólicas al mes, de estos, el rango de años de haber comenzado a beber alcohol varió entre uno y 30 años. Las bebidas más frecuentemente consumidas son cerveza (92.1%), ron, tequila, whisky (57.9%), pulque (34.2%). La consistencia interna (Alpha de Cronbach) fue 0.0884, si se elimina la pregunta sobre años de consumo el coeficiente se eleva hasta 0.5254. (Tabla 23)

Tabla 23. Consistencia interna de los ítems sobre consumo de bebidas alcohólicas.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
dos_bebida~a	48	+	0.6919	0.2682	.0921641	0.0864
annos_cons~l	37	+	0.9823	0.1563	.0233692	0.5254
vino_mesa~e	38	+	-0.1565	-0.2005	.120869	0.1143
coolers_pa~e	38	+	0.1520	0.0978	.082466	0.0805
cerveza_pa~e	38	+	0.4277	0.3968	.0541811	0.0541
tequila_ro~e	38	+	0.2357	0.1716	.0715934	0.0707
pulque_padre	38	+	0.3028	0.2431	.0573158	0.0573
alcohol_pu~e	38	+	0.2910	0.2396	.0617009	0.0613
Test scale					.0704129	0.0884

Consumo de drogas

En el año previo al embarazo de la madre, 12.5% de los padres reportó que consumió drogas, 4 de ellos (66.7%) consumió marihuana, uno (20%) consumió cocaína, “piedra” uno de los padres (20%), uno más también reporto haber consumido drogas inhalables, nadie reportó haber consumido heroína, “tachas” u otro tipo de drogas. El coeficiente Alpha de Cronbach fue 0.4408. (Tabla 24)

Tabla 24. Consistencia interna de los ítems sobre consumo de drogas.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
consumo_dr~z	48	+	0.7754	.	.0291667	0.3670
marihuana~pa	6	+	0.9022	0.8549	.0625	0.7490
fo~ana_padre	4	+	-0.2997	-0.3223	-.0183824	.
consumo_pr~a	4	+	-0.2997	0.0538	-.0110294	.
cocaina_papa	5	+	-0.6122	-0.6184	.0396825	0.6069
piedra_padre	5	+	-0.6122	-0.6184	.0396825	0.6069
inhalables~e	5	-	-0.3943	-0.3999	.0039683	0.1114
Test scale					.0196629	0.4408

Exposición a radiación

Sólo un participante se sometió a un examen de rayos X, ningún participante se sometió a ultrasonidos, tomografías, radiografías de contraste, y solo un participante

se sometió a la toma de una radiografía dental. No fue posible calcular los valores de consistencia interna.

Radiación en el trabajo

En relación con la exposición a radiaciones en el trabajo, cinco personas (10.4%) trabajaron en lugares expuestos a radiación, 4 de ellos no utilizaron aditamentos para medirla, y tampoco dejaron de trabajar durante el embarazo de la madre. El valor Alpha de Cronbach fue 0.9696. (Tabla 25)

Tabla 25. Consistencia interna de los ítems sobre exposición a radiaciones en el trabajo.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
trabajo_lu~d	48	+	0.6726	.	145.3333	0.5635
tiempo_tra~n	4	+	0.7570	0.4506	0	0.0000
dias_seman~x	4	+	0.9244	0.4506	0	0.0000
Test scale					48.44444	0.9696

Cuando se indagó sobre el **uso de pesticidas, insecticidas, anti-plagas, repelentes para insectos, antipulgas, sustancias para fumigar, herbicidas**, se obtuvieron los siguientes resultados.

En relación con **el uso de pesticidas**, los participantes no reportaron el uso de insecticidas, pesticidas para ratas, pesticidas para el jardín, pesticidas en contacto con la piel, pesticidas para fumigación. Por lo que no fue posible estimar la consistencia interna.

Derivados del petróleo

Con respecto de la exposición a derivados del petróleo, 11 personas (22.9%) estuvieron expuestos a gasolina, 14.6% al Diesel, 14.6% a algún tipo de aceite

lubricante y 14.6% a removedores de manchas. El valor del coeficiente Alpha de Cronbach fue 0.1389. (Tabla 26)

Tabla 26. Consistencia interna de los ítems sobre la exposición a derivados del petróleo.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
contacto_p~o	48	+	0.7827	.	.824359	0.1040
exposicio~na	13	-	0.4122	0.3897	.6205128	0.1185
exposicion~l	13	+	0.4966	0.4681	.4884615	0.0952
exposici~tes	13	+	0.4966	0.4681	.4884615	0.0952
exposici~has	13	+	-0.0167	-0.0535	.8634615	0.1591
veces_expo~o	13	+	0.9979	0.5532	.0121795	0.2265
Test scale					.5495726	0.1389

Exposición a solventes (laca o pintura)

En cuanto a la exposición a solventes como el thinner, 29.8% de los participantes estuvieron en contacto con algún tipo de laca o pintura, mientras que 25% estuvieron en contacto con thinner y 12.5% con algún tipo de tinte. El coeficiente de consistencia interna (Alpha de Cronbach) fue 0.0456, sin embargo, al eliminar el ítem sobre el contacto con tintes, el coeficiente se eleva a 0.4245. (Tabla 27)

Tabla 27. Consistencia interna de los ítems sobre exposición a solventes, laca o pintura.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
exposicion~r	47	+	0.7048	.	.2433333	0.0348
contacto_pi~	15	+	0.0668	0.0374	.2387476	0.0480
cont~to_laca	15	+	0.4897	0.4624	-.0596869	.
contacto_t~r	15	-	-0.3713	-0.3952	.4774951	0.0924
contacto_t~s	15	+	0.3273	0.2988	.0650685	0.0135
c~tintes_p~a	15	+	0.9896	0.1036	.0283757	0.4245
Test scale					.1659091	0.0456

Residir cerca de tráfico de vehículos automotores

La residencia cerca del tráfico intenso fue reportada por 6.3%, mientras que 37.5% vivían en lugar sin tráfico, 2% en una calle con mucho tráfico y 52% cerca de

intersecciones a menos de 100 m de su casa, 29.2% reportaron que se forman colas de tráfico a menos de 100 m de su casa, y 54.2% que circula alguna ruta de transporte público cerca de su casa y 4% con cuatro ventanas expuestas al tráfico. La consistencia interna (Alpha de Cronbach) fue 0.1753, sin embargo, si se elimina el ítem sobre el número de ventanas, el coeficiente aumenta hasta 0.5557. (Tabla 28)

Tabla 28. Consistencia interna de los ítems sobre residencia cerca de tráfico de vehículos automotores.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
trafico_casa	48	+	0.6211	0.3537	-.0123004	.
como_consi~o	48	+	0.7532	0.3875	-.0101764	.
inseccci~s	48	-	-0.0091	-0.1870	.0519823	0.2566
colas_trafic	48	+	0.5132	0.3701	.0135223	0.0786
horas_de_t~o	10	+	0.6877	0.3186	.009694	0.0691
ventanas_t~o	46	-	0.0548	-0.3656	.1246844	0.5557
rutas_auto~s	48	+	0.5754	0.4306	.0001893	0.0012
Test scale					.0248116	0.1753

Antecedentes familiares de cáncer

En cuanto a los **antecedentes familiares de cáncer**, 8% respondieron afirmativamente (padres o hermanos). El valor Alpha de Cronbach fue 0.9900. (Tabla 29)

Tabla 29. Consistencia interna de los ítems sobre antecedentes familiares de cáncer.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
familiar_a~r	48	+	0.6916	.	.3333333	1.0000
antece~padre	4	-	1.0000	1.0000	0	0.0000
antece~madre	4	+	1.0000	1.0000	0	0.0000
Test scale					.1111111	0.9900

PREGUNTAS DIRIGIDAS A LA EXPOSICIÓN DEL HIJO/HIJA

Se realizaron preguntas sobre haber sido sometido a ultrasonido, de lo cuáles 5 (8.8%) respuestas fueron positivas, las edades variaron entre uno y 11 años y entre uno y dos ultrasonidos realizados. El valor de consistencia interna (Alpha de Cronbach) fue 0.4048. (Tabla 30)

Tabla 30. Consistencia interna de los ítems sobre realización de ultrasonidos.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
ultrasonid~o	57	+	-0.4062	.	.75	0.1604
edad_ultra~o	5	-	0.9955	0.4067	0	0.0000
No_ultraso~o	5	+	0.4912	0.4067	0	0.0000
Test scale					.25	0.4048

No se realizaron tomografías, resonancias magnéticas, radiografías, y sólo a dos se les realizaron radiografías dentales. No fue posible calcular los coeficientes de consistencia interna de los ítems.

Antecedentes familiares de cáncer

En relación con los antecedentes familiares de cáncer, 24.5% de los niños tenían un familiar directo (padres, hermanos, tíos, abuelos) que hubieran padecido o padecían cáncer. El coeficiente Alpha de Cronbach tuvo un valor de 0.4190. (Tabla 31)

Tabla 31. Consistencia interna de los ítems sobre antecedentes familiares de cáncer.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
antec~r_hijo	57	+	0.5699	.	.0291209	0.5000
a~madre_hijo	14	+	0.4941	0.2992	.0203297	0.3685
an~rnos_hijo	14	+	0.4812	0.1448	.0225275	0.4156
antecedent..	14	+	0.5828	0.2325	.0181319	0.3646
antecedent~j	14	-	0.7986	0.5222	.006044	0.1556
antecedent..	14	-	0.5016	0.2259	.0203297	0.3788
Test scale					.0194139	0.4190

Exposición pesticidas, insecticidas, anti-plagas, repelentes para insectos, antipulgas, sustancias para fumigar, herbicidas.

Sobre la exposición a pesticidas, insecticidas, y otros, 12.3% estuvieron expuestos con un rango de edad de la exposición de uno a 12 años, y entre uno y 25 exposiciones. En cuanto a la presencia durante la aplicación de insecticidas, 17.5% estuvieron expuestos, con edades durante la exposición entre dos y 15 años y con frecuencia de aplicación entre uno y 24 veces. La consistencia interna de todos los ítems fue 0.7980. (Tabla 32)

Tabla 32. Consistencia interna de los ítems sobre exposición a pesticidas, insecticidas, anti-plagas, repelentes para insectos, antipulgas, sustancias para fumigar, herbicidas.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
presencia_~s	57	+	0.5772	0.5375	10.23242	0.8772
edad_duant~a	7	+	0.9448	0.9163	1.980469	0.5446
veces_pres~t	6	+	0.9793	0.7521	.7078334	0.4170
presenta_a~d	57	+	0.6779	0.6496	10.15816	0.8757
edad_aplic~a	10	+	0.5808	0.2419	3.914182	0.7585
veces_pres~c	9	+	0.6523	-0.0140	4.20038	0.8510
Test scale					4.225892	0.7980

Residir cerca de fábricas, plantas de energía eléctrica, cables de alta tensión, transformadores de energía eléctrica, cercanía a gasolineras y cercanía a basureros.

La exposición a fábricas y su cercanía consistió en dos preguntas, por lo que no fue posible estimar la consistencia interna, 17.5% de los niñas (os) vivían cerca de una fábrica. Para la exposición a plantas de energía eléctrica, hubo 6 respuestas positivas, aunque no se pudo estimar la consistencia interna. La exposición a cables de alta tensión fue reportada por 28.1% y a torres de alta tensión por 24.6%. La exposición a transformadores fue respondida afirmativamente por 40.4%, a las refinerías fue referida sólo por un participante. En cuanto a la exposición o cercanía a gasolineras por 21%, mientras que a basureros por 5.3%. Para ninguna de estas exposiciones fue posible estimar la consistencia interna. (sólo dos preguntas y pocas respuestas)

Se eliminaron los ítems sobre estimaciones de distancia, se calculó la consistencia interna de los ítems desde exposición a fábricas hasta exposición a basureros y se obtuvo un valor Alpha de Cronbach de 0.6957. (Tabla 33)

Tabla 33. Consistencia interna de los ítems sobre residir cerca de fábricas, plantas de energía eléctrica, cables de alta tensión, transformadores de energía eléctrica, cercanía a gasolineras y cercanía a basureros.

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
exposici~cas	57	+	0.5251	0.3308	.0322533	0.6791
exposi~e_luz	57	+	0.5132	0.3591	.0332379	0.6731
e~cables_a~n	57	+	0.8183	0.6915	.0213778	0.5781
e~orre_alt~n	57	+	0.6593	0.4720	.0273899	0.6448
exposi~s_luz	57	+	0.8041	0.6522	.0210795	0.5869
exposicio~eo	57	+	0.1202	0.0422	.0410252	0.7115
exposici~ias	57	+	0.5160	0.3035	.0324323	0.6872
exposic~eros	57	+	0.2121	0.0805	.0400406	0.7133
Test scale					.0311045	0.6957

Tabaquismo

Finalmente se preguntó sobre hábito de fumar del niño(a) y sólo uno refirió haber fumado. En relación con el tabaquismo pasivo, 42% estuvieron expuestos y se obtuvo un valor de consistencia interna (Alpha de Cronbach) de 0.1526. (Tabla 34)

Tabla 34. Consistencia interna de los ítems sobre tabaquismo pasivo del niño(a).

Item	Obs	Sign	Item-test correlation	Item-rest correlation	Average interitem covariance	alpha
fumar_nino	57	+	0.0928	0.0668	.6080955	0.1813
presencia_~o	57	+	0.5758	0.5015	.0554616	0.0188
exposici~ino	25	+	0.2776	0.2240	.3553805	0.1354
horas_expo~o	55	+	0.9844	0.4444	.0152425	0.2872
Test scale					.2694289	0.1526

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue validar un cuestionario en español sobre la exposición a factores de riesgo para población mexicana. Se logró estimar la confiabilidad de varias de las categorías de ítems, mostrando valores adecuados para las categorías o dimensiones de tabaquismo pasivo, consumo de bebidas alcohólicas, exposición a radiación, exposición a ultrasonidos, número de embarazos, exposición a lacas y pinturas, y consumo de café de la madre. Exposición a radiación del padre. Exposición a pesticidas y similares, residir cerca de fábricas, plantas de energía eléctrica, cables de alta tensión, transformadores de energía eléctrica, cercanía a gasolineras y cercanía a basureros por el niño o niña.

No fue posible estimar la repetibilidad del cuestionario, así como tampoco completar la validación, debido a que no fue posible reclutar suficiente número de participantes debido a la pandemia por SARS-CoV-2.

Las categorías relacionadas con la exposición a radiación, exposición a pesticidas y consumo de drogas fueron las que tuvieron menor número de respuestas. Esto no implica que estas preguntas deban dejar de considerarse, ya que constituyen factores de riesgo previamente identificados. (75, 85, 86, 92)

Se recomienda que el coeficiente de consistencia interna (Alpha de Cronbach) se calcule por dimensión, ya que no se garantiza su precisión al calcularlo de manera global, por esta razón se presentaron los valores de acuerdo con los diferentes constructos o tipos de factores de riesgo. (130)

Cabe señalar que los ítems con respuestas en escala cuantitativa continua son los que afectaron más la estimación de la consistencia interna, cuando se consideró su eliminación el valor Alpha de Cronbach se incrementó de manera importante. Esto puede estar relacionado con el escaso número de respuestas o con la presencia de valores extremos en las respuestas en escala cuantitativa continua. (131) Podría sugerirse modificar la escala de medición de estas preguntas para no perder

información y obtener respuestas consistentes o revisar si hay respuestas con valores extremos.

Los resultados con baja confiabilidad en varias categorías o en las que no fue posible estimarla, probablemente se deban al bajo número de respuestas en muchos de los ítems. En otros casos fue que algunas categorías contaban sólo con dos ítems. Debido a la pandemia fue muy difícil continuar con la recolección de datos y se obtuvieron respuestas de 54 familias. Por lo que no todos los grupos de preguntas pudieron contar con respuesta.

A pesar de no contar con todas las mediciones de confiabilidad, fue posible estimar la validez de contenido y la validez consensuada por expertos a los que se consultó, además de contar con la selección de los factores de riesgo con mayor fuerza de asociación reportada en diversos estudios y que también apoyan la validez de las variables seleccionadas. Por otro lado, la importancia de la presentación de las preguntas, la claridad de los enunciados también pudo ser evaluado durante la validación transcultural a través de varias pruebas piloto.

El trabajo de selección de los ítems, de la evaluación de la validez de contenido y la validación transcultural, constituye el elemento más importante de este trabajo, ya que se condensó información contenida en otros instrumentos y seleccionada de acuerdo con la identificación de los factores de riesgo ambientales por la IARC.(16)

Entre las limitaciones del estudio, está que no fue posible estimar los valores de consistencia interna de todos los grupos de preguntas, ni los análisis posteriores debido a que no fue posible alcanzar el tamaño de muestra requerido debido a las complicaciones para la recolección de datos derivada de la pandemia por SARS-CoV-2. La longitud del cuestionario no permite que la recolección de datos se realice de manera telefónica, por lo que no fue posible realizar un seguimiento, sí como tampoco reclutar nuevos participantes por la dificultad para obtener el consentimiento informado.

Entre las ventajas podemos señalar que se realizó un trabajo exhaustivo de revisión de los cuestionarios utilizados en estudios sobre cáncer infantil, y que fueron cedidos por los investigadores responsables, se seleccionaron las preguntas más relevantes, se sometieron a la revisión de expertos y se adaptaron culturalmente para ser utilizados en México.(83, 95, 96)

Es importante continuar la validación de esos cuestionarios para poder contar con un instrumento de recolección de información válido en México que obtenga la mejor información para poder identificar el peso que tienen los factores ambientales a los que se exponen las madres, los padres y los hijos(a) y sea útil para el estudio del cáncer infantil.

Las mediciones correspondientes a tabaquismo, consumo de café y consumo de alcohol, mostraron valores de consistencia interna altos.

Conclusiones

Como resultado de esta investigación, se cuenta con tres cuestionarios adaptados transculturalmente que contienen preguntas sobre los factores de riesgo ambientales reconocidos para cáncer infantil, y que al ser completamente validados serán capaces de aportar información válida que apoye la investigación en cáncer infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Cancer, datos y cifras: Organización Mundial de la Salud; 2018 [Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>].
2. National Cancer Institute. NCI Dictionary of Cancer Terms: National Cancer Institute; 2018 [Available from: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/childhood-cancer>].
3. Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, third edition. *Cancer*. 2005;103(7):1457-67.
4. Steliarova-Foucher E, Colombet M, Ries LAG, Moreno F, Dolya A, Bray F, et al. International incidence of childhood cancer, 2001-10: a population-based registry study. *The Lancet Oncology*. 2017;18(6):719-31.
5. Pritchard-Jones K, Pieters R, Reaman GH, Hjorth L, Downie P, Calaminus G, et al. Sustaining innovation and improvement in the treatment of childhood cancer: lessons from high-income countries. *The Lancet Oncology*. 2013;14(3):e95-e103.
6. Stewart B.W WC, P. World Cancer Report 2014 2014 [Available from: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2014>].
7. Kumar A, Vashist M, Rathee R. Maternal factors and risk of childhood leukemia. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP*. 2014;15(2):781-4.
8. Belson M, Kingsley B, Holmes A. Risk Factors for Acute Leukemia in Children: A Review. *Environmental Health Perspectives*. 2007;115(1):138-45.
9. Schuz J, Erdmann F. Environmental Exposure and Risk of Childhood Leukemia: An Overview. *Archives of medical research*. 2016;47(8):607-14.
10. Boyle P LB. World Cancer Report 2008 2008 [Available from: <http://publications.iarc.fr/Non-Series-Publications/World-Cancer-Reports/World-Cancer-Report-2008>].
11. Perez-Saldivar ML, Fajardo-Gutierrez A, Bernaldez-Rios R, Martinez-Avalos A, Medina-Sanson A, Espinosa-Hernandez L, et al. Childhood acute leukemias are frequent in Mexico City: descriptive epidemiology. *BMC cancer*. 2011;11:355.
12. Rivera-Luna R, Shalkow-Klincovstein J, Velasco-Hidalgo L, Cardenas-Cardos R, Zapata-Tarres M, Olaya-Vargas A, et al. Descriptive Epidemiology in Mexican children with cancer under an open national public health insurance program. *BMC cancer*. 2014;14:790.
13. Raab CP, Gartner JC, Jr. Diagnosis of childhood cancer. *Primary care*. 2009;36(4):671-84.
14. Fragkandrea I, Nixon JA, Panagopoulou P. Signs and symptoms of childhood cancer: a guide for early recognition. *American family physician*. 2013;88(3):185-92.
15. Rodrigues KE, de Camargo B. [Early diagnosis of childhood cancer: a team responsibility]. *Revista da Associacao Medica Brasileira (1992)*. 2003;49(1):29-34.
16. World Health Organization. Agents classified by the IARC monographs, volumes 1–122 [Available from: <https://monographs.iarc.fr/agents-classified-by-the-iarc/>].
17. Poschl G, Seitz HK. Alcohol and cancer. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*. 2004;39(3):155-65.
18. Seitz HK, Cho CH. Contribution of alcohol and tobacco use in gastrointestinal cancer development. *Methods in molecular biology (Clifton, NJ)*. 2009;472:217-41.

19. Kim HJ, Jung S, Eliassen AH, Chen WY, Willett WC, Cho E. Alcohol Consumption and Breast Cancer Risk in Younger Women According to Family History of Breast Cancer and Folate Intake. *American journal of epidemiology*. 2017;186(5):524-31.
20. Feller L, Chandran R, Khammissa RA, Meyerov R, Lemmer J. Alcohol and oral squamous cell carcinoma. *SADJ : journal of the South African Dental Association = tydskrif van die Suid-Afrikaanse Tandheelkundige Vereniging*. 2013;68(4):176-80.
21. Peng WJ, Mi J, Jiang YH. Asbestos exposure and laryngeal cancer mortality. *The Laryngoscope*. 2016;126(5):1169-74.
22. Li B, Tang SP, Wang KZ. Esophagus cancer and occupational exposure to asbestos: results from a meta-analysis of epidemiology studies. *Diseases of the esophagus : official journal of the International Society for Diseases of the Esophagus*. 2016;29(5):421-8.
23. Camargo MC, Stayner LT, Straif K, Reina M, Al-Alem U, Demers PA, et al. Occupational exposure to asbestos and ovarian cancer: a meta-analysis. *Environmental Health Perspectives*. 2011;119(9):1211-7.
24. Fortunato L, Rushton L. Stomach cancer and occupational exposure to asbestos: a meta-analysis of occupational cohort studies. *British journal of cancer*. 2015;112(11):1805-15.
25. Mendez WM, Jr., Eftim S, Cohen J, Warren I, Cowden J, Lee JS, et al. Relationships between arsenic concentrations in drinking water and lung and bladder cancer incidence in U.S. counties. *Journal of exposure science & environmental epidemiology*. 2017;27(3):235-43.
26. Lynch HN, Zu K, Kennedy EM, Lam T, Liu X, Pizzurro DM, et al. Quantitative assessment of lung and bladder cancer risk and oral exposure to inorganic arsenic: Meta-regression analyses of epidemiological data. *Environment international*. 2017;106:178-206.
27. Cohen SM, Arnold LL, Beck BD, Lewis AS, Eldan M. Evaluation of the carcinogenicity of inorganic arsenic. *Critical reviews in toxicology*. 2013;43(9):711-52.
28. Spycher BD, Lupatsch JE, Huss A, Rischewski J, Schindera C, Spoerri A, et al. Parental occupational exposure to benzene and the risk of childhood cancer: A census-based cohort study. *Environment international*. 2017;108:84-91.
29. Stenehjem JS, Kjaerheim K, Bratveit M, Samuelsen SO, Barone-Adesi F, Rothman N, et al. Benzene exposure and risk of lymphohaematopoietic cancers in 25 000 offshore oil industry workers. *British journal of cancer*. 2015;112(9):1603-12.
30. Carlos-Wallace FM, Zhang L, Smith MT, Rader G, Steinmaus C. Parental, In Utero, and Early-Life Exposure to Benzene and the Risk of Childhood Leukemia: A Meta-Analysis. *American journal of epidemiology*. 2016;183(1):1-14.
31. Checkoway H, Dell LD, Boffetta P, Gallagher AE, Crawford L, Lees PS, et al. Formaldehyde Exposure and Mortality Risks From Acute Myeloid Leukemia and Other Lymphohematopoietic Malignancies in the US National Cancer Institute Cohort Study of Workers in Formaldehyde Industries. *Journal of occupational and environmental medicine*. 2015;57(7):785-94.
32. Kwon SC, Kim I. Does formaldehyde have a causal association with nasopharyngeal cancer and leukaemia? 2018;30:5.
33. Zhang L, Steinmaus C, Eastmond DA, Xin XK, Smith MT. Formaldehyde exposure and leukemia: a new meta-analysis and potential mechanisms. *Mutation research*. 2009;681(2-3):150-68.
34. Smoll NR, Brady Z, Scurrah K, Mathews JD. Exposure to ionizing radiation and brain cancer incidence: The Life Span Study cohort. *Cancer epidemiology*. 2016;42:60-5.
35. Li C, Athar M. Ionizing Radiation Exposure and Basal Cell Carcinoma Pathogenesis. *Radiation research*. 2016;185(3):217-28.

36. Azizova TV, Bannikova MV, Grigoryeva ES, Rybkina VL. Risk of malignant skin neoplasms in a cohort of workers occupationally exposed to ionizing radiation at low dose rates. *PloS one*. 2018;13(10):e0205060.
37. Armstrong BK, Cust AE. Sun exposure and skin cancer, and the puzzle of cutaneous melanoma: A perspective on Fears et al. Mathematical models of age and ultraviolet effects on the incidence of skin cancer among whites in the United States. *American Journal of Epidemiology* 1977; 105: 420-427. *Cancer epidemiology*. 2017;48:147-56.
38. Leiter U, Garbe C. Epidemiology of melanoma and nonmelanoma skin cancer--the role of sunlight. *Advances in experimental medicine and biology*. 2008;624:89-103.
39. Tran B, Whiteman DC, Webb PM, Fritschi L, Fawcett J, Risch HA, et al. Association between ultraviolet radiation, skin sun sensitivity and risk of pancreatic cancer. *Cancer epidemiology*. 2013;37(6):886-92.
40. Jung KJ, Jeon C. The effect of smoking on lung cancer: ethnic differences and the smoking paradox. 2016;38:e2016060.
41. Laggiou A, Laggiou P. Tobacco smoking and breast cancer: a life course approach. *European journal of epidemiology*. 2017;32(8):631-4.
42. Praud D, Rota M, Pelucchi C, Bertuccio P, Rosso T, Galeone C, et al. Cigarette smoking and gastric cancer in the Stomach Cancer Pooling (StoP) Project. *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*. 2018;27(2):124-33.
43. Bosetti C, Lucenteforte E, Silverman DT, Petersen G, Bracci PM, Ji BT, et al. Cigarette smoking and pancreatic cancer: an analysis from the International Pancreatic Cancer Case-Control Consortium (Panc4). *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*. 2012;23(7):1880-8.
44. Mehlman MA. Causal relationship from exposure to chemicals in oil refining and chemical industries and malignant melanoma. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006;1076:822-8.
45. Takkouche B, Regueira-Mendez C, Montes-Martinez A. Risk of cancer among hairdressers and related workers: a meta-analysis. *International journal of epidemiology*. 2009;38(6):1512-31.
46. Haus EL, Smolensky MH. Shift work and cancer risk: potential mechanistic roles of circadian disruption, light at night, and sleep deprivation. *Sleep medicine reviews*. 2013;17(4):273-84.
47. Davis S, Mirick DK. Circadian disruption, shift work and the risk of cancer: a summary of the evidence and studies in Seattle. *Cancer causes & control : CCC*. 2006;17(4):539-45.
48. Salamanca-Fernandez E, Rodriguez-Barranco M, Guevara M, Ardanaz E, Olry de Labry Lima A, Sanchez MJ. Night-shift work and breast and prostate cancer risk: updating the evidence from epidemiological studies. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 2018;41(2):211-26.
49. Glass DC, Del Monaco A, Pircher S, Vander Hoorn S, Sim MR. Mortality and cancer incidence at a fire training college. *Occupational medicine (Oxford, England)*. 2016;66(7):536-42.
50. Glass DC, Del Monaco A, Pircher S, Vander Hoorn S, Sim MR. Mortality and cancer incidence among male volunteer Australian firefighters. *Occupational and environmental medicine*. 2017;74(9):628-38.
51. Vlaanderen J, Straif K, Ruder A, Blair A, Hansen J, Lynge E, et al. Tetrachloroethylene exposure and bladder cancer risk: a meta-analysis of dry-cleaning-worker studies. *Environmental Health Perspectives*. 2014;122(7):661-6.

52. Alicandro G, Tavani A, La Vecchia C. Coffee and cancer risk: a summary overview. *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*. 2017;26(5):424-32.
53. Xie Y, Qin J, Nan G, Huang S, Wang Z, Su Y. Coffee consumption and the risk of lung cancer: an updated meta-analysis of epidemiological studies. *European journal of clinical nutrition*. 2016;70(2):199-206.
54. Mohner M, Wendt A. A critical review of the relationship between occupational exposure to diesel emissions and lung cancer risk. *Critical reviews in toxicology*. 2017;47(3):185-224.
55. Kachuri L, Villeneuve PJ, Parent ME, Johnson KC, Harris SA. Workplace exposure to diesel and gasoline engine exhausts and the risk of colorectal cancer in Canadian men. *Environmental health : a global access science source*. 2016;15:4.
56. Latifovic L, Villeneuve PJ, Parent ME, Johnson KC, Kachuri L, Harris SA. Bladder cancer and occupational exposure to diesel and gasoline engine emissions among Canadian men. 2015;4(12):1948-62.
57. Grundy A, Harris SA, Demers PA, Johnson KC, Agnew DA, Canadian Cancer Registries Epidemiology Research G, et al. Occupational exposure to magnetic fields and breast cancer among Canadian men. *Cancer medicine*. 2016;5(3):586-96.
58. Kheifets L, Crespi CM, Hooper C, Cockburn M, Amoon AT, Vergara XP. Residential magnetic fields exposure and childhood leukemia: a population-based case-control study in California. *Cancer causes & control : CCC*. 2017;28(10):1117-23.
59. Nissen MS, Stokholm ZA, Christensen MS, Schlünssen V, Vestergaard JM, Iversen IB, et al. Sinonasal adenocarcinoma following styrene exposure in the reinforced plastics industry. *Occupational and environmental medicine*. 2018;75(6):412-4.
60. Coggon D, Ntani G, Harris EC, Palmer KT. Risk of cancer in workers exposed to styrene at eight British companies making glass-reinforced plastics. *Occupational and environmental medicine*. 2015;72(3):165-70.
61. Goebell PJ, Villanueva CM, Rettenmeier AW, Rubben H, Kogevinas M. Environmental exposure, chlorinated drinking water, and bladder cancer. *World journal of urology*. 2004;21(6):424-32.
62. Villanueva CM, Fernandez F, Malats N, Grimalt JO, Kogevinas M. Meta-analysis of studies on individual consumption of chlorinated drinking water and bladder cancer. *Journal of epidemiology and community health*. 2003;57(3):166-73.
63. Crespi CM, Vergara XP, Hooper C, Oksuzyan S, Wu S, Cockburn M, et al. Childhood leukaemia and distance from power lines in California: a population-based case-control study. *British journal of cancer*. 2016;115(1):122-8.
64. Sermage-Faure C, Demoury C, Rudant J, Goujon-Bellec S, Guyot-Goubin A, Deschamps F, et al. Childhood leukaemia close to high-voltage power lines--the Geocap study, 2002-2007. *British journal of cancer*. 2013;108(9):1899-906.
65. Korgavkar K, Xiong M, Weinstock MA. Compact fluorescent lamps and risk of skin cancer. *Journal of cutaneous medicine and surgery*. 2013;17(5):308-12.
66. Towle KM, Grespin ME, Monnot AD. Personal use of hair dyes and risk of leukemia: a systematic literature review and meta-analysis. *Cancer medicine*. 2017;6(10):2471-86.
67. Zheng T, Holford TR, Mayne ST, Owens PH, Boyle P, Zhang B, et al. Use of hair colouring products and breast cancer risk: a case-control study in Connecticut. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*. 2002;38(12):1647-52.

68. Johnson KJ, Carozza SE, Chow EJ, Fox EE, Horel S, McLaughlin CC, et al. Parental age and risk of childhood cancer: a pooled analysis. *Epidemiology (Cambridge, Mass)*. 2009;20(4):475-83.
69. Spector LG, Pankratz N, Marcotte EL. Genetic and nongenetic risk factors for childhood cancer. *Pediatric clinics of North America*. 2015;62(1):11-25.
70. Pisani P, Parodi S, Magnani C. Causes and risk factors for childhood cancer. *Epidemiologia e prevenzione*. 2013;37(1 Suppl 1):234-54.
71. Netherlands HCot. Childhood leukemia and environmental factors 2012 [Available from: <http://hdl.handle.net/10400.18/1237>]
72. Bailey HD, Infante-Rivard C, Metayer C, Clavel J, Lightfoot T, Kaatsch P, et al. Home pesticide exposures and risk of childhood leukemia: Findings from the childhood leukemia international consortium. *International journal of cancer*. 2015;137(11):2644-63.
73. Greenop KR, Peters S, Bailey HD, Fritschi L, Attia J, Scott RJ, et al. Exposure to pesticides and the risk of childhood brain tumors. *Cancer causes & control : CCC*. 2013;24(7):1269-78.
74. Bailey HD, Metayer C, Milne E, Petridou ET, Infante-Rivard C, Spector LG, et al. Home paint exposures and risk of childhood acute lymphoblastic leukemia: findings from the Childhood Leukemia International Consortium. *Cancer causes & control : CCC*. 2015;26(9):1257-70.
75. Rudant J, Menegaux F, Leverger G, Baruchel A, Nelken B, Bertrand Y, et al. Household Exposure to Pesticides and Risk of Childhood Hematopoietic Malignancies: The ESCALE Study (SFCE). *Environmental Health Perspectives*. 2007;115(12):1787-93.
76. Shu XO, Stewart P, Wen WQ, Han D, Potter JD, Buckley JD, et al. Parental occupational exposure to hydrocarbons and risk of acute lymphocytic leukemia in offspring. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 1999;8(9):783-91.
77. Mattioli S, Farioli A, Legittimo P, Miligi L, Benvenuti A, Ranucci A, et al. Tobacco smoke and risk of childhood acute non-lymphocytic leukemia: findings from the SETIL study. *PLoS one*. 2014;9(11):e111028.
78. Milne E, Greenop KR, Scott RJ, Bailey HD, Attia J, Dalla-Pozza L, et al. Parental Prenatal Smoking and Risk of Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia. *American journal of epidemiology*. 2012;175(1):43-53.
79. Plichart M, Menegaux F, Lacour B, Hartmann O, Frappaz D, Doz F, et al. Parental smoking, maternal alcohol, coffee and tea consumption during pregnancy and childhood malignant central nervous system tumours: the ESCALE study (SFCE). *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*. 2008;17(4):376-83.
80. Karalexi MA, Dessypris N, Thomopoulos TP, Ntouvelis E, Kantzanou M, Diamantaras AA, et al. Parental alcohol consumption and risk of leukemia in the offspring: a systematic review and meta-analysis. *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*. 2017;26(5):433-41.
81. Orsi L, Rudant J, Ajrouche R, Leverger G, Baruchel A, Nelken B, et al. Parental smoking, maternal alcohol, coffee and tea consumption during pregnancy, and childhood acute leukemia: the ESTELLE study. *Cancer causes & control : CCC*. 2015;26(7):1003-17.
82. MacArthur AC, McBride ML, Spinelli JJ, Tamaro S, Gallagher RP, Theriault G. Risk of childhood leukemia associated with parental smoking and alcohol consumption prior to conception and during pregnancy: the cross-Canada childhood leukemia study. *Cancer causes & control : CCC*. 2008;19(3):283-95.
83. Metayer C, Milne E, Clavel J, Infante-Rivard C, Petridou E, Taylor M, et al. The Childhood Leukemia International Consortium. *Cancer epidemiology*. 2013;37(3):336-47.

84. Bartley K, Metayer C, Selvin S, Ducore J, Buffler P. Diagnostic X-rays and risk of childhood leukaemia. *International journal of epidemiology*. 2010;39(6):1628-37.
85. Bluhm EC, Daniels J, Pollock BH, Olshan AF. Maternal use of recreational drugs and neuroblastoma in offspring: a report from the Children's Oncology Group (United States). *Cancer causes & control : CCC*. 2006;17(5):663-9.
86. Trivers KF, Mertens AC, Ross JA, Steinbuch M, Olshan AF, Robison LL, et al. Parental marijuana use and risk of childhood acute myeloid leukaemia: a report from the Children's Cancer Group (United States and Canada). *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2006;20(2):110-8.
87. Cheng J, Su H, Zhu R, Wang X, Peng M, Song J, et al. Maternal coffee consumption during pregnancy and risk of childhood acute leukemia: a metaanalysis. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2014;210(2):151.e1-.e10.
88. Thomopoulos TP, Ntouvelis E, Diamantaras AA, Tzanoudaki M, Baka M, Hatzipantelis E, et al. Maternal and childhood consumption of coffee, tea and cola beverages in association with childhood leukemia: a meta-analysis. *Cancer epidemiology*. 2015;39(6):1047-59.
89. Bonaventure A, Rudant J, Goujon-Bellec S, Orsi L, Leverger G, Baruchel A, et al. Childhood acute leukemia, maternal beverage intake during pregnancy, and metabolic polymorphisms. *Cancer causes & control : CCC*. 2013;24(4):783-93.
90. Rudant J, Menegaux F, Leverger G, Baruchel A, Nelken B, Bertrand Y, et al. Family history of cancer in children with acute leukemia, Hodgkin's lymphoma or non-Hodgkin's lymphoma: the ESCALE study (SFCE). *International journal of cancer*. 2007;121(1):119-26.
91. Perillat-Menegaux F, Clavel J, Auclerc MF, Baruchel A, Leverger G, Nelken B, et al. Family history of autoimmune thyroid disease and childhood acute leukemia. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 2003;12(1):60-3.
92. Draper G, Vincent T, Kroll ME, Swanson J. Childhood cancer in relation to distance from high voltage power lines in England and Wales: a case-control study. *BMJ (Clinical research ed)*. 2005;330(7503):1290.
93. Ajrouche R, Rudant J, Orsi L, Petit A, Baruchel A, Nelken B, et al. Maternal reproductive history, fertility treatments and folic acid supplementation in the risk of childhood acute leukemia: the ESTELLE study. *Cancer causes & control : CCC*. 2014;25(10):1283-93.
94. Kwan ML, Metayer C, Crouse V, Buffler PA. Maternal Illness and Drug/Medication Use during the Period Surrounding Pregnancy and Risk of Childhood Leukemia among Offspring. *American journal of epidemiology*. 2007;165(1):27-35.
95. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. ESCALE - Étude cas-témoins sur les cancers de l'enfant [Available from: <https://epidemiologie-france.aviesan.fr/epidemiologie-france/fiches/etude-cas-temoins-sur-les-cancers-de-l-enfant/fre-fr>].
96. Magnani C, Mattioli S, Miligi L, Ranucci A, Rondelli R, Salvan A, et al. SETIL: Italian multicentric epidemiological case-control study on risk factors for childhood leukaemia, non hodgkin lymphoma and neuroblastoma: study population and prevalence of risk factors in Italy. *Italian Journal of Pediatrics*. 2014;40:103.
97. European Commission. Community Research and Development Information Service [Available from: https://cordis.europa.eu/result/rcn/193614_en.html].
98. Gunier RB, Kang A, Hammond SK, Reinier K, Lea CS, Chang JS, et al. A task-based assessment of parental occupational exposure to pesticides and childhood acute lymphoblastic leukemia. *Environmental research*. 2017;156:57-62.

99. National Cancer Institute. Questionnaire Development Resources [Available from: <https://dceg.cancer.gov/tools/design/questionnairesn>].
100. SIOPE. The European Society for Paediatric Oncology [Available from: <https://www.siope.eu/about-siope/>].
101. Childhood Cancer International. Childhood Cancer International [Available from: <https://www.childhoodcancerinternational.org/>].
102. Institute NC. Job Modules for Occupational Questionnaires [Available from: <https://dceg.cancer.gov/tools/design/job-modules/job-modules>].
103. Stewart PA, Stewart WF, Siemiatycki J, Heineman EF, Dosemeci M. Questionnaires for collecting detailed occupational information for community-based case control studies. *American Industrial Hygiene Association journal*. 1998;59(1):39-44.
104. Alderton LE, Spector LG, Blair CK, Roesler M, Olshan AF, Robison LL, et al. Child and maternal household chemical exposure and the risk of acute leukemia in children with Down's syndrome: a report from the Children's Oncology Group. *American journal of epidemiology*. 2006;164(3):212-21.
105. Ross JA, Blair CK, Olshan AF, Robison LL, Smith FO, Heerema NA, et al. Periconceptual vitamin use and leukemia risk in children with Down syndrome: a Children's Oncology Group study. *Cancer*. 2005;104(2):405-10.
106. Canfield KN, Spector LG, Robison LL, Lazovich D, Roesler M, Olshan AF, et al. Childhood and maternal infections and risk of acute leukaemia in children with Down syndrome: a report from the Children's Oncology Group. *British journal of cancer*. 2004;91(11):1866-72.
107. Shu XO, Ross JA, Pendergrass TW, Reaman GH, Lampkin B, Robison LL. Parental alcohol consumption, cigarette smoking, and risk of infant leukemia: a Children's Cancer Group study. *Journal of the National Cancer Institute*. 1996;88(1):24-31.
108. Shu XO, Stewart P, Wen WQ, Han D, Potter JD, Buckley JD, et al. Parental occupational exposure to hydrocarbons and risk of acute lymphocytic leukemia in offspring. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 1999/09/25 ed 1999. p. 783-91.
109. Mallol-Mesnard N. Vaccination and the risk of childhood acute leukaemia: the ESCALE study (SFCE). 2007;36(1):110-6.
110. Amigou A, Sermage-Faure C, Orsi L, Leverger G, Baruchel A, Bertrand Y, et al. Road traffic and childhood leukemia: the ESCALE study (SFCE). *Environmental Health Perspectives*. 2011;119(4):566-72.
111. Rudant J, Orsi L, Menegaux F, Petit A, Baruchel A, Bertrand Y, et al. Childhood acute leukemia, early common infections, and allergy: The ESCALE Study. *American journal of epidemiology*. 2010;172(9):1015-27.
112. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GLUhwssomspssa, pid=S, nrm=iso. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México*. 2013;55:57-66.
113. Abramson J, Abramson ZH. *Research Methods in Community Medicine: Surveys, Epidemiological Research, Programme Evaluation, Clinical Trials*: John Wiley & Sons; 2011.
114. Pallás JMA, Villa JJU. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*: Elsevier Health Sciences; 2019.

115. Haynes SN, Richard D, Kubany ES. Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological assessment*. 1995;7(3):238-248. PMID: 1557983208.
116. Pedrosa I, Suárez-Álvarez J, García-Cueto EX. Evidencias sobre la validez de contenido: avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*. 2013;10:3-18.
117. Aravena PC, Moraga J, Cartes-Velásquez R, Manterola CX. Validez y Confiabilidad en Investigación Odontológica. *International journal of odontostomatology*. 2014;8:69-75.
118. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*. 1951;16(3):297-334. PMID: 0033-3123.
119. Sánchez R, Echeverry JU. Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública*. 2004;6:302-18.
120. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
121. NCSS L. PASS 15 Power Analysis and Sample Size Software Kaysville, Utah, USA: NCSS, LLC; 2017.
122. Campo-Arias A, Oviedo HC. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*. 2008;10(5):831-9.
123. INEGI. El INEGI da a conocer los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018. 2019.
124. Salgado MV, Guaderrama AIM, Arroyo JC, Benavides LEC. Validez de Contenido de un instrumento de medición para medir el liderazgo transformacional *Revista Global de Negocios*. 2016;4(1):35.
125. Gilbert GE, Prion S. Making Sense of Methods and Measurement: Lawshe's Content Validity Index. *Clinical Simulation In Nursing*. 2016;12(12):530-1.
126. de la Salud P. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. 1987.
127. Lauritsen JM, Bruus M. EpiData entry. A comprehensive tool for validated entry and documentation of data Odense Denmark: The EpiData Association. 2008.
128. StataCorp L. Stata Statistical Software: Release 14. [computer program]. StataCorp LP. 2015.
129. Lawshe CH. A Quantitative Approach to Content Validity. 1976.
130. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53-5.
131. Liu Y, Wu AD, Zumbo BD. The Impact of Outliers on Cronbach's Coefficient Alpha Estimate of Reliability: Ordinal/Rating Scale Item Responses. *Educational and Psychological Measurement*. 2010;70(1):5-21.

Anexo 1.
CUESTIONARIOS RECOLECTADOS

Cuestionario “*New Leads Leukemia and Down Syndrome Study*” de la Universidad de Minnesota

NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION A

DCSS 1198

FOR OFFICE USE ONLY

FINAL INTERVIEW
STATUS

--	--

30

INTRODUCTION

Hello. My name is _____, and I'm calling from the University of Minnesota School of Public Health with regard to the study on childhood health, which we sent you a letter about.

Is this still a good time for the interview or would another time be better?
(RESCHEDULE IF NECESSARY)

Do you have the interview guide booklet handy? (COULD YOU GET IT PLEASE?)

Do you have any questions before we begin?

A1. First, I need to clarify that most of my questions will concern _____ . And just to be sure I have this correct, are you _____'s birth mother, adoptive mother, stepmother, or do you have some other relationship to him/her?

<p>1 BIRTH MOTHER</p>	<p>A2. Prior to _____ did _____ live with you or somewhere else?</p> <p>1 WITH MOTHER → GO TO Q. A5, NEXT PAGE</p> <p>3 WITH SOMEONE ELSE →</p>
<p>3 ADOPTIVE MOTHER</p> <p>5 STEPMOTHER</p> <p>7 OTHER RELATIONSHIP</p>	<p>A3. Who did he/she live with?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>GO TO SPECIAL PHRASE, BELOW Q. A4</p>
	<p>5 MIXED SITUATION →</p>
	<p>A4. Up to what date did _____ live with you more or less continuously?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MONTH YEAR</p> <p>96 NEVER</p> <p>98 DK</p> <p>99 REF</p> <p>SPECIAL PHRASE:</p> <p>The questions I will be asking mostly concern events around _____'s birth. As we go along, there may be a few questions that don't apply to you. If that happens, please just let me know.</p>
	<p>9 REF →</p>

INELIGIBLE → **THANK AND TERMINATE:** I'm sorry, because many of my questions deal with events prior to and around the child's birth, we can only include birth mothers in the study. As far as you know, is _____'s birth mother available for interview?

My first few questions concern the dates of your pregnancy and _____'s birth, in order to be clear about the time frame.

A5. First, let me just verify that _____ was born on _____ . Is that correct?

1 YES → GO TO Q. A7, NEXT PAGE

5 NO →

A6. What is the correct date?			
□ □	□ □	□ □ □ □	
MONTH	DAY	YEAR	99 REF

9 REF



GO TO Q. A7,
NEXT PAGE

As you can tell, we have the wrong birth date for _____ in our computer. This is a problem because there are calculations in the computer based on that incorrect date. I'd like to get that date corrected before we go on. Can we reschedule this in a day or two?

A7. According to the doctor's due date, was _____ born more than 6 days early, more than 6 days late, or about on time?

1 ON TIME (WITHIN \pm 6 DAYS) \longrightarrow GO TO Q. A10, NEXT PAGE

3 EARLY \longrightarrow

A8. How many days early was he/she born?						
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				DAYS	999	REF
GO TO Q. A10, NEXT PAGE						

5 LATE \longrightarrow

A9.) How many days late was he/she born?					
<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			DAYS	99	REF
GO TO Q. A10, NEXT PAGE					

8 DK

9 REF



GO TO Q. A10,
NEXT PAGE

A10. CALCULATED WEEKS GESTATION

--	--

 WEEKS

A11. About how many weeks pregnant were you when a physician or clinic confirmed that you were pregnant?

		98	DK	99	REF
--	--	----	----	----	-----

A12. And was _____ breast fed, formula fed,
or were both feeding methods used? (DOES NOT INCLUDE COW'S MILK)

BREAST
FED →

A13. For how many weeks or months was he (SHE) breast fed?

WEEKS OR MONTHS

998 DK 999 REF

GO TO SECTION B

3 BOTH →

A14. For how many weeks or months was he (SHE) breast fed in total?

WEEKS OR MONTHS

998 DK 999 REF

A15. How old was _____ when he (SHE) began formula feeding?

DAYS OR WEEKS OR MONTHS

998 DK 999 REF

GO TO Q. A16, BELOW

5 FORMULA
ONLY →

A16. How many months did he (SHE) drink formula? (INCLUDE TIME UP TO _____ ONLY)

MONTHS 98 DK 99 REF

A17. What was the brand name of the formula you used most often?

A18. To the best of your knowledge, was this a soy-based or a milk-based formula?

1 SOY-BASED

5 MILK-BASED

8 DK

9 REF

GO TO SECTION B

8 DK

9 REF

↓
GO TO
SECTION B

NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION B

Now, I'd like to ask you some questions about all of your pregnancies.

B1. Are you currently pregnant?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

B2. How many times have you been pregnant altogether, including live births, stillbirths, miscarriages, abortions, molar pregnancies, and tubal or ectopic pregnancies (NOT COUNTING THE CURRENT PREGNANCY)?

TIMES

99 REF

B3. Which pregnancy was _____?

NUMBER

99 REF

B4. How old were you when you became pregnant with _____?

YEARS

98 DK

99 REF

SECTION FOR INDEX CHILD

B5. And, when _____ was born, was he/she considered small for his/her gestational age?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

B6. What was _____ 's weight at birth?

--	--

POUNDS

--	--

OUNCES

98 DK

99 REF

B7. And what was his/her length at birth?

_____ INCHES

98 DK

99 REF

SECTION FOR INDEX CHILD

B8. Was that a single birth, or was he/she one of twins or triplets?

1 SINGLE → GO TO NEXT PREGNANCY, (Q. B16), PAGE 6, IF ANY
IF NONE, GO TO SECTION C

2 TWINS

3 TRIPLETS

4 QUADRUPLETS

9 REF GO TO NEXT PREGNANCY, (Q. B16), PAGE 6, IF ANY
IF NONE, GO TO SECTION C

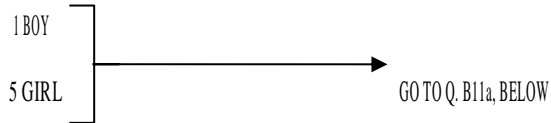
B9. What birth order was he/she?

BIRTH ORDER

9 REF

REPEAT B10 TO B15 FOR EACH OTHER CHILD IN MULTIPLE INDEX PREGNANCY, UP TO 3 TIMES

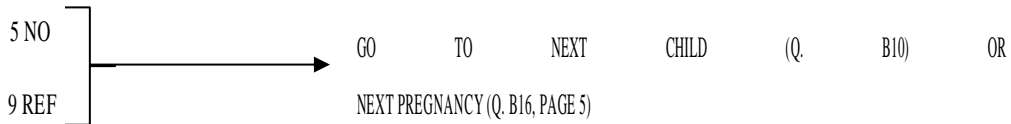
B10. And was the first (SECOND, THIRD, FOURTH) child born of that pregnancy a boy or a girl?



9 REF
 ↓
B10aS. IF REF, ASK: S IS FOR "STATUS"

And was the first (SECOND, THIRD, FOURTH) child born alive?

1 YES → GO TO Q. B11a, BELOW



B11a. And the name of the first (SECOND, THIRD, FOURTH) child born was?

CHILD NO. 1: _____

B12a. And is _____
now living?

1 YES

GO TO NEXT CHILD OR TO NEXT PREGNANCY;
IF NONE, GO TO SECTION C

5 NO

B13a. When did _____ die?

MONTH

DAY

YEAR

99 REF

8 DK

9 REF

B14a. What was the cause of death?

B15a. In what state or country did he/she die?

GO TO NEXT CHILD OR TO NEXT PREGNANCY;
IF NONE, GO TO SECTION C

GO TO NEXT CHILD OR TO NEXT PREGNANCY; IF NONE, GO TO SECTION C
GO TO NEXT CHILD OR TO NEXT PREGNANCY; IF NONE, GO TO SECTION C

SECTION FOR NEXT PREGNANCY

THE FOLLOWING SET OF ITEMS B16 TO B28 ARE TO BE REPEATED IN CATI FOR EACH PREGNANCY, UP TO 11 TIMES

Now I would like to ask about your other pregnancies (pregnancy).

B16a. Now thinking about your **first (SECOND, THIRD, ETC.)** pregnancy, was the outcome of that pregnancy a live birth, stillbirth, miscarriage, abortion, molar pregnancy, or tubal or ectopic pregnancy?

1 LIVE BIRTH → GO TO Q. B19, NEXT PAGE

- 2 STILLBIRTH
- 3 MISCARRIAGE
- 4 ABORTION

B17a. Was there an abnormality identified?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

B18a. What was that?

_____ A.

_____ B.

GO TO Q. B19, NEXT PAGE

GO TO Q. B19, NEXT PAGE

- 5 MOLAR PREGNANCY
- 6 TUBAL/ECTOPIC PREGNANCY
- 7 MORE THAN ONE OUTCOME
- 8 OTHER OUTCOME/DK

GO TO Q. B19, NEXT PAGE

9 REF → GO TO NEXT PREGNANCY (Q. B16b, c, d, ETC.)

B19a. How old were you the first (SECOND, THIRD, ETC.) time you became pregnant?

YEARS

98 DK

99 REF

B20a. How many weeks or months did the pregnancy last? (FULL TERM EQUALS 40 WEEKS)

WEEKS OR MONTHS

98 DK

99 REF

B21a. LIVE BIRTH: On what date did you deliver?

OTHER: On what date did that pregnancy end?

MONTH

98 DK

99 REF

DAY

98 DK

YEAR

9998 DK

CHECKPOINT:

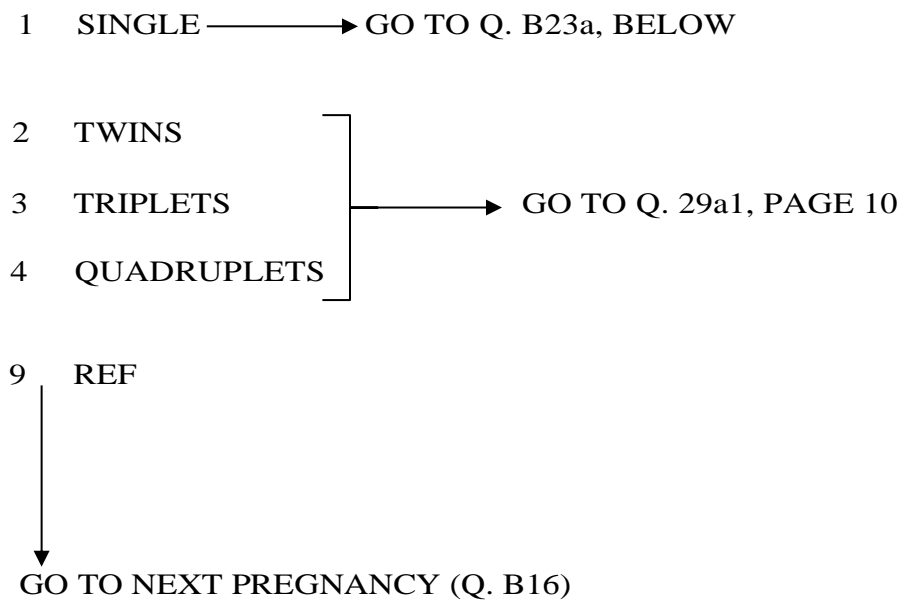
LIVE BIRTH, STILLBIRTH OR
MULTIPLE OUTCOME →

GO TO Q. B22a, NEXT PAGE

OTHER → GO TO NEXT PREGNANCY (Q. B16), IF ANY;

IF NO FURTHER PREGNANCY → GO TO SECTION C

B22a. Was this a single birth, or did you have twins, or triplets?



B23a. And was that a boy or girl?

- 1 BOY (SINGLE)
- 5 GIRL
- 9 REF

CHECKPOINT:

STILLBIRTH (SINGLE) → GO TO NEXT PREGNANCY, IF ANY;
IF NONE, GO TO SECTION C

LIVE BIRTH → CONTINUE TO B24a, NEXT PAGE

B24a. And what is that child's first name? CHILD NO. 1

9 REF

B25a. Is _____ now living?

1 YES → GO TO NEXT PREGNANCY;
IF NONE, GO TO SECTION C

5 NO

8 DK

9 REF

B26a. When did _____ die?

MONTH 98 DK 99 REF

DAY 98 DK

YEAR 9998 DK

B27a. What was the cause of death?

B28a. In what state or country did he/she die?

GO TO NEXT PREGNANCY;
IF NONE, GO TO SECTION C



GO TO NEXT PREGNANCY; IF NONE, GO TO SECTION C

SECTION FOR MULTIPLE BIRTHS FROM B22

REPEAT B29 TO B34 FOR EACH CHILD IN MULTIPLE PREGNANCY, UP TO 4

B29a1. And was the first (SECOND, THIRD, FOURTH) child born a boy or a girl?

- 1 BOY
- 5 GIRL
- 9 REF

CHECKPOINT:

LIVE BIRTH —————> GO TO-Q. B30a1, BELOW STARS

MULTIPLE OUTCOME (Q. B16=7) —————> CONTINUE TO a1St., BELOW

[St. IS FOR "STATUS"]

a1St. IF DON'T KNOW, ASK:

And was the first (SECOND, THIRD, FOURTH) child born alive?

1 YES —————> GO TO Q. B30a1, BELOW STARS

5 NO]
 9 REF] —————> GO TO NEXT CHILD OR NEXT PREGNANCY; IF NONE,
 GO TO SECTION C

B30a1. And what is that child's first name?

CHILD NO. 1: _____

B31a1. And is _____
 now living?

1 YES → GO TO NEXT CHILD (B29A) OR TO NEXT PREGNANCY (B16);
 IF NONE, GO TO SECTION C

5 NO →

32a1. When did _____ die?

MONTH

98

DK

99

REF

8 DK

DAY

98

DK

9 REF

YEAR

9998

DK

33a1. What was the cause of death?

34a 1. In what state or country did he/she die?

GO TO NEXT PREGNANCY:
 IF NONE, GO TO SECTION C

↓
 GO TO NEXT CHILD OR TO NEXT PREGNANCY; IF NONE, GO TO SECTION C



NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION C

The next questions deal with your menstrual periods and with birth control.

C1. About how old were you when you had your first menstrual period?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	99	REF
----------------------	----------------------	-------	----	-----

C2. And how old were you when your menstrual periods became regular, that is, when you could usually predict within about a week when your periods would come, and they tended to last about the same number of days each time?

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

96 NEVER BECAME REGULAR

97 NEVER REGULAR UNTIL ON THE PILL

98 DK

99 REF

C3. Before you became pregnant with _____, did you ever use oral contraceptives, that is the birth control pill, for birth control or for any other reason?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

GO TO Q. C13,
PAGE 4

C4. Was that for birth control, to regulate your periods, treat acne, or for some other reason? (CHECK ALL THAT APPLY)

1 BIRTH CONTROL 1 REGULATE PERIODS

1 TREAT ACNE

1 OTHER REASON (SPECIFY): _____

C5. Was that a low dose pill, a progesterone only pill, or a standard birth control pill? (IF MORE THAN ONE TYPE, CHOOSE LAST PILL BEFORE INDEX CHILD'S BIRTH)

1 LOW DOSE 3 PROGESTERONE ONLY

5 STANDARD 8 DK 9 REF

C6. What was the brand name or generic name of the pill? IF MORE THAN ONE TYPE, CHOOSE LAST PILL BEFORE BIRTH

1 KNOWS NAME (CHECK ONLY ONE BELOW)

C6n.	a)	DEMULEN	g)	NORINYL
	b)	DESOGEN	h)	ORTHO-NOVUM
	c)	LOESTRIN	i)	ORTHO-TRI-CYCLEN
	d)	LO/OVRAL	j)	OVRAL
	e)	NORLESTRIN	k)	OVRAL
	f)	NORDETTE	l)	TRIPHASIL

--	--

8 DK →

9 REF ↓

C7. Was it any of these: Norlestrin, Norinyl, Ovr, Lo/Ovral, or OrthoNovum?

1 NORLESTRIN 5 ORTHO-NOVUM

2 NORINYL

3 OVRAL 8 DK

4 LO/OVRAL 9 REF

GO TO Q. C8, NEXT PAGE

C8. About how old were you when you first started to use oral contraceptives?

YEARS

98 DK

99 REF

C9. Did you stop using oral contraceptives before your pregnancy with _____, or were you still using them when you became pregnant?

1 BEFORE →

C10. How long before your pregnancy did you stop using them?

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. C12, BELOW

5 USED →
DURING
PREGNANCY

C11. How far along in the pregnancy were you when you stopped using them?

WEEKS

98 DK

99 REF

GO TO Q. C12, BELOW

8 DK

9 REF

C12. Altogether, how many months or years did you use oral contraceptives before your pregnancy with _____?

MONTHS OR YEARS

998 DK

999 REF

GO TO Q. C13, NEXT PAGE

C13. And before your pregnancy with _____, did you ever use contraceptive implants or injections such as Norplant or Depo-Provera?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO Q. C20,
PAGE 6

C14. Was that for birth control, to regulate your periods, to treat acne, or for some other reason? (CHECK ALL THAT APPLY)

1 BIRTH CONTROL

1 REGULATE PERIODS

1 TREAT ACNE

1 OTHER REASON (SPECIFY): _____

C15. How old were you when you first started to use contraceptive implants or injections?

--	--

YEARS

98 DK

99 REF

C16. Did you have your last contraceptive implants or injections before your pregnancy with _____ or did you have it during your pregnancy?

1 BEFORE

C17. How long before your pregnancy did you have your last one?

			MONTHS
--	--	--	--------

998 DK

99 REF

GO TO Q. C19, BELOW

5 HAD DURING PREGNANCY

C18. How far along in the pregnancy were you when you had your last one?

			WEEKS
--	--	--	-------

98 DK

99 REF

GO TO Q. C19, BELOW

8 DK

9 REF

GO TO Q. C20, NEXT PAGE

C19. Altogether, how many months or years did you use contraceptive implants or injections before your pregnancy with _____?

			MONTHS
--	--	--	--------

			YEARS
--	--	--	-------

98 DK

99 REF

GO TO Q. C20, NEXT PAGE

C20. Now thinking about the **two-year period before** you became pregnant with _____, during that time did you use a diaphragm, condom, sponge, or something similar?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

C21. And during the two years before you became pregnant with _____, did you use jelly, cream, foam, or suppository contraceptives?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9REF

↓

GO TO Q. C26,
NEXT PAGE

C22. What brand did you use?

C23. Did you stop using that before your pregnancy with _____, or were you still using it when you became pregnant?

1 BEFORE →

C24. How long before your pregnancy did you stop using that?

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. C26, NEXT PAGE

5 USED →
DURING
PREGNANCY

C25. How many weeks pregnant were you when you stopped using it?

WEEKS

98 DK

99 REF

GO TO Q. C26, NEXT PAGE

9 REF



GO TO Q. C26,
NEXT PAGE

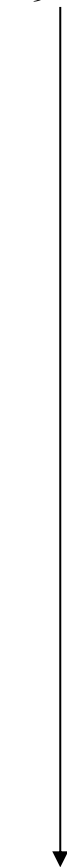
C26. During those two years, did you use an I.U.D.?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO Q. C30,
NEXT PAGE

C27. Before your pregnancy with _____, did you have it removed, or was it still in place when you became pregnant?

1 BEFORE →

C28. How long before your pregnancy did you have it removed?

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. C30, NEXT PAGE

5 USED →
DURING
PREGNANCY

C29. How many weeks pregnant were you when you had it removed?

WEEKS

98 DK

99 REF

GO TO Q. C30, NEXT PAGE

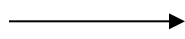
9 REF



GO TO Q. C30,
NEXT PAGE

C30. And during that period, did you use any other form of birth control?

1 YES



C31. What was that?

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO 9. C32,
NEXT PAGE

GO TO Q. C32, NEXT PAGE

C32. At the time you became pregnant with _____, were you trying to get pregnant?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

C33. How long had you been trying?

--	--	--

MONTHS

IF **12 OR MORE** MONTHS, GO TO Q. C35, BELOW

999 REF

GO TO Q. C34, BELOW

C34. Did you ever try for one straight year or more to become pregnant and during that time not become pregnant?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

C35. Did you or _____ 's father ever visit a doctor or clinic because it was difficult to get pregnant?

- 1 YES → GO TO Q. C36, NEXT PAGE
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

GO TO SECTION D

C36. Did you have a surgical procedure to treat the problem?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

C37. Did you receive tablets or injections for the problem?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

C38. What was that?

_____ A.

_____ B.

GO TO Q. C39, BELOW

C39. Did you have some other treatment for the problem?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

C40. What was that?

_____ A.

_____ B.

GO TO Q. C41, NEXT PAGE

GO TO Q. C41,
NEXT PAGE

C41. Did the doctor tell you what the reason was for your difficulty in becoming pregnant?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

C42. Was the difficulty identified as a problem with your uterus or tubes, with your ovaries, with your hormones, was it a problem of the child's father, or was it something else?

--	--

GO TO SECTION D

GO TO SECTION D



NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION D

Now, I have a few questions about conditions children sometimes have at birth.

IF ONE LIVE BIRTH: Was your child born with any of the following conditions?

IF MORE THAN ONE LIVE BIRTH: Thinking about all of your pregnancies, were any of your children born with any of the following conditions?

IF ANY STILL BIRTH: Thinking about all of your pregnancies, including both live births and still births, were any of your children born with any of the following conditions?
[IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT?"]

D1. Cleft lip or palate

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D2. Which child was that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D3, NEXT PAGE

↓
**GO TO Q. D3,
NEXT PAGE**

[IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT?"]

D3. Spina bifida, or other spinal defect?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D4. Which child was that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S
NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D5, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. D5.
NEXT PAGE

[IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT?")

D5. Large or multiple birthmarks? This would be any birthmark larger than a quarter, or six or more birthmarks about the size of a dime or larger at birth.

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

D6. Which child was that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____ A.

_____ B.

_____ C.

_____ D.

GO TO Q. D7, NEXT PAGE

GO TO Q. D7,
NEXT PAGE

[IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT?"]

D7. Deafness or hearing impairment? (INCLUDE THOSE THAT WERE PROBABLY
PRESENT AT BIRTH, EVEN IF NOT DIAGNOSED UNTIL LATER)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

D8. What kind of problem was that? (SPECIFY)

_____	A.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
_____	B.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
_____	C.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
_____	D.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			

D9. Which child had that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S
NAME(S))

_____	A.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
_____	B.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
_____	C.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			
_____	D.	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>			

GO TO Q. D10, NEXT PAGE

GO TO Q. D10,
NEXT PAGE

CONDITIONS AT BIRTH - THINKING ABOUT ALL PREGNANCIES,
WERE ANY OF YOUR CHILDREN BORN WITH

(IF ONLY ONE CHILD, SKIP "WHICH CHILD HAD THAT?")

D10. Blindness or vision problems. (INCLUDE THOSE THAT WERE PROBABLY
PRESENT AT BIRTH, EVEN IF NOT DIAGNOSED UNTIL LATER.)

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D11. What kind of problem was that? (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

D12. Which child had that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S
NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D13, NEXT PAGE

GO TO Q. D13,
NEXT PAGE

(IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT?")

D13. Down syndrome?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D14. Which child was that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S
NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D15, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. D15,
NEXT PAGE

(IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT?")

D15. Developmental delays?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D16. What kind of problem was that? (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

D17. Which child had that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D18, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. D18,
NEXT PAGE

[IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT)

D18. Unusually small head or microcephaly?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

D19. Which child was that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____	A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	D.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GO TO Q. D20, BELOW

D20. Unequal sized limbs or hemihypertrophy?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

D21. Which child was that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____	A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	D.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

GO TO Q. D22, NEXT PAGE

GO TO Q. D22,
NEXT PAGE

CONDITIONS AT BIRTH - THINKING ABOUT ALL PREGNANCIES, WERE ANY OF YOUR CHILDREN BORN WITH

[IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT)

D22. Birth defect of the heart?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D23. What kind of problem was that? (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

D24. Which child had that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D25, NEXT PAGE

GO TO Q. D25
NEXT PAGE

[IF ONLY ONE CHILD, SHIP, "WHICH CHILD HAD THAT?"]

D25. Birth defect of the pancreas or digestive tract?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D26. What kind of problem was that? (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

D27. Which child had that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D28, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. D28,
NEXT PAGE

(IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT?")

D28. Any kidney, bladder, or sex organ abnormalities?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D29. What was that? (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

D30. Which child had that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D31, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. D31,
NEXT PAGE

[IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT?")

D31. Other chromosomal abnormalities, such as Turner's syndrome, Klinefelter's syndrome, trisomy 18, or trisomy 13?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D32. What was that? (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

D33. Which child had that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D34, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. D34,
NEXT PAGE

CONDITIONS AT BIRTH - THINKING ABOUT ALL PREGNANCIES,
WERE ANY OF YOUR CHILDREN BORN WITH

[IF ONLY ONE CHILD, SHIP, "WHICH CHILD HAD THAT?"]

D34. Any hernias detected at birth or in early childhood?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D35. What was that? (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

D36. Which child had that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S
NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D37, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. D37,
NEXT PAGE

[IF ONLY ONE CHILD, SKIP, "WHICH CHILD HAD THAT?"]

D37. Were any of your children (was your child) born with any (OTHER) birth defects?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

D38. What kind of birth defect was that? (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

D39. Which child had that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

_____ D.

--	--	--

GO TO Q. D40, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. D40,
NEXT PAGE

Now, I want to move on to ask about diseases or conditions children may experience.

D40. Was _____ ever diagnosed with TMD, that is, transient myeloproliferative disorder?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

↓
GO TO
SECTION E

<p>D41. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>GO TO SECTION E</p>
--

--	--



NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
CHILDHOOD MEDICAL HISTORY
SECTION E

E1. Was _____ ever diagnosed with diabetes?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E2. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

GO TO Q. E3, BELOW, IF NEEDED

[IF APPROPRIATE]:

E3. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) have that?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E4. Was _____ ever diagnosed with asthma?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E5. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q. E6, BELOW, IF NEEDED



[IF APPROPRIATE]:

E6. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) have that?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E7. Was _____ ever diagnosed with epilepsy?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E8. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q. E9, BELOW, IF NEEDED

[IF APPROPRIATE]:

E9. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) have that?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E10. Benign tumors or abnormal growths?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E11. What was that?

--	--	--	--

E12. How old *was* he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q. E13, BELOW, IF NEEDED



[IF APPROPRIATE]:

E13. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) have benign tumors or abnormal growths?

- 1 YES → GO TO Q. E14, NEXT PAGE
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



GO TO Q. E17,
CHECKPOINT,
NEXT PAGE

[IF APPROPRIATE]: (IF YES TO Q. E13)

DID ANY OF YOUR OTHER CHILDREN (YOUR OTHER CHILD) HAVE BENIGN TUMORS OR ABNORMAL GROWTHS?

E14. Who was that?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

E15. What was that?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

E16. How old was he/she when he/she was **first** diagnosed with that?

A. YEARS 98 DK 99 REF

B. YEARS 98 DK 99 REF

C. YEARS 98 DK 99 REF

GO TO Q. E17, CHECKPOINT, BELOW

E17. CHECKPOINT:

I CASES —————> GO TO Q. E25, PAGE 8

5 CONTROLS —————> GO TO Q. E18, NEXT PAGE

[CONTROLS ONLY]

E18. Cancer or leukemia?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



E19. What was that?

--	--	--	--	--

E20. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q. E21, BELOW, IF NEEDED

[IF APPROPRIATE]:

E21. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) ever have cancer or leukemia?

- 1 YES → GO TO Q. E22, NEXT PAGE
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



GO TO Q. E29,
PAGE 9

[IF APPROPRIATE]: (IF YES TO Q. E21)

DID ANY OF YOUR OTHER CHILDREN (YOUR OTHER CHILD) EVER HAVE CANCER OR LEUKEMIA?

E22. Who was that?

_____	A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E23. What was that?

_____	A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E24. How old was he/she when he/she was **first** diagnosed with that?

A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF
B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF
C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF

GO TO Q. E29, PAGE 9

[CASES ONLY]

[IF APPROPRIATE]:

E25. Besides _____ (INDEX CHILD) _____, were any of your other children (WAS YOUR OTHER CHILD) ever diagnosed with cancer or leukemia?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E26. Who was that?

_____	A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E27. What was that?

_____	A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E28. How old was he/she when he/she was **first** diagnosed with that?

A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF
B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF
C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF

GO TO Q. E29, NEXT PAGE

GO TO Q. E29,
NEXT PAGE

E29. Thyroid disease, such as an overactive thyroid. Grave's disease, or an underactive thyroid?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



E30. What was that?

--	--	--	--

E31. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q. E32, BELOW, IF NEEDED

[IF APPROPRIATE]:

E32. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) ever have a thyroid d disease?

- 1 YES → GO TO Q. E33, NEXT PAGE
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



GO TO Q. E36,
PAGE 11

[IF APPROPRIATE]: (IF YES TO Q. E32)

DID ANY OF YOUR OTHER CHILDREN (YOUR OTHER CHILD) EVER HAVE THYROID DISEASE, SUCH AS AN OVERACTIVE THYROID, GRA'VE'S DISEASE, OR AN UNDERACTIVE THYROID?

E33. Who was that?

_____	A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E34. What was that?

_____	A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E35. How old was he/she when he/she was **first** diagnosed with that?

A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF
B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF
C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF

GO TO Q. E36, NEXT PAGE

E36. Mumps?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



E37. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q. E38, BELOW, IF NEEDED

[IF APPROPRIATE]:

E38. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) ever have that?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E39. Eczema?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E40. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q.E41. BELOW, IF NEEDED

GO TO Q. E38, BELOW, IF NEEDED

EH/INS/002E (12-18) 10/98 Ver. 1



[IF APPROPRIATE]:

E41. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) ever have that?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E42. Chicken pox?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E43. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q.E44, BELOW, IF NEEDED



[IF APPROPRIATE]:

E44. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) ever have that?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E45. Rubella or German measles?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E46. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q.E47, BELOW, IF NEEDED



[IF APPROPRIATE]:

E47. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) ever have that?

- 1 YES
- ~~5~~ NO
- ~~8~~ DK
- 9 REF

N
O

D
K

R
E

E48. Regular measles (RED)?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E49. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q.E47, BELOW, IF NEEDED



[IF APPROPRIATE]:

E50. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) ever have that?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E51. Ear infections?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E52. How old was he/she when he/she was diagnosed with that?

--	--

GO TO Q.E53, BELOW, IF NEEDED



[IF APPROPRIATE]:

E53. Did any of your other children (YOUR OTHER CHILD) ever have ear infections?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E54. Has (INDEX CHILD) been prone to lots of colds or bronchial infections, that is more than three per year?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



E55. Could you briefly describe the problem?

--	--	--	--

E56. How old was he/she when you first noticed the problem?

--	--

GO TO Q. E57, BELOW, IF NEEDED

[IF APPROPRIATE]:

E57. Have (HAS) any of your other children (YOUR OTHER CHILD) been prone to lots of colds or bronchial infections, that is more than three per year?

- 1 YES → GO TO Q. E59, NEXT PAGE
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



GO TO SECTION F

E58. Did any of your children ever have any other serious illness or disease, other than simple colds or flus?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

E59. Which child was that? (RECORD BY CHILD/CHILDREN'S NAME(S))

_____ A.

_____ B.

_____ C.

E60. What was the disease?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

E61. How old was he/she when he/she was **first** diagnosed with that?

A. YEARS 98 DK 99 REF

B. YEARS 98 DK 99 REF

C. YEARS 98 DK 99 REF

GO TO SECTION F

GO TO SECTION F

NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION F

The next part concerns diseases or conditions you yourself may have had. At any time in your life before _____ (REF DATE) _____ did you have

F1. Rubella or German measles?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q. F4,
NEXT PAGE

F2. Was it diagnosed by a physician?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

F3. How old were you when you had that? (FIRST DIAGNOSIS)

YEARS

98 DK

99 REF

GO TO Q. F4, NEXT PAGE

F4. Regular measles? (RED)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



F5. Was it diagnosed by a physician?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

F6. How old were you when you had that? (FIRST DIAGNOSIS)

		YEARS
--	--	-------

98 DK 99 REF

GO TO Q. F7, BELOW

F7. Mumps?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



F8. Was it diagnosed by a physician?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

F9. How old were you when you had that? (FIRST DIAGNOSIS)

		YEARS
--	--	-------

98 DK 99 REF

GO TO Q. F10, NEXT PAGE

GO TO Q. F10,
NEXT PAGE

F10. Shingles?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

F11. Was it diagnosed by a physician?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

F12. How old were you when you had that? (FIRST DIAGNOSIS)

YEARS

- 98 DK
- 99 REF

GO TO Q. F13, BELOW

F13. Mononucleosis, that is, mono, or glandular fever?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

F14. Was it diagnosed by a physician?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

F15. How old were you when you had that? (FIRST DIAGNOSIS)

YEARS

- 98 DK
- 99 REF

GO TO SECTION G

GO TO
SECTION G



NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION G

Now, I would like to ask about some diseases or conditions which might have affected you or members of your biological family. Please refer to the medical history form you received. Do you have it?

G1. First let me ask, is your biological mother still alive?

1 YES →

G2. How old is she?	
<input type="text"/>	<input type="text"/> YEARS
98 DK	99 REF
GO TO Q. G6, NEXT PAGE	

5 NO →

G3. How old was she when she died?	
<input type="text"/>	<input type="text"/> YEARS
98 DK	99 REF
G4. What was the cause of death?	
_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>
GO TO Q. G6, NEXT PAGE	

8 DK →

G5. Do you have any information about your biological mother at all, for example, diseases or conditions she might have had?	
1	YES
5	NO
8	DK
9	REF
GO TO Q. G6, NEXT PAGE	

9 REF → GO TO Q. G6, NEXT PAGE

G6. And is your biological father still alive?

1 YES →

G7. How old is he?

--	--

YEARS

98 DK

99 REF

GO TO Q. G11, NEXT PAGE

3 NO →

G8. How old was he when he died?

--	--

YEARS

98 DK

99 REF

G9. What was the cause of death?

GO TO Q. G11, NEXT PAGE

5 DK →

G10. Do you have any information about your biological father at all, for example, diseases or conditions she might have had?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

GO TO Q. G11, NEXT PAGE

9 REF → GO TO Q. G11, NEXT PAGE

My next questions are about your brothers and sisters, including both full and half brothers and sisters,

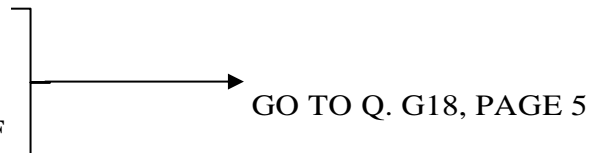
G11. How many of them are there? This would include any of them who have died.

--	--

BROTHERS AND SISTERS [IF NONE, GO TO Q. G18, PAGE 5]

98 DK

99 REF



REPEAT Q. G12 - G17 FOR EACH SIBLING

G12. Okay, let's start from the oldest. Who would that be? (NAME)

NAME _____

9 REF

G13. 1 MALE

5 FEMALE

9 REF

G14. Is he/she a full or half brother/sister?

1 FULL

5 HALF

9 REF

G15. And how old is he / she now?

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

95 DECEASED →

98 DK



GO TO Q. G18. NEXT PAGE

G16. How old was he/she when he/she died?

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

97 FETAL DEATH 99 REF
98 DK

G17. What was the cause of death?

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

GO TO Q. G18, NEXT PAGE

Have you, (YOUR PARENTS) OR (ANY OF YOUR SIBLINGS) ever had any of the following:

G18. Down syndrome?

1 YES →

G19. Who was affected?

5 NO

8 DK

9 REF

_____ A.

--	--	--

_____ B.

--	--	--

_____ C.

--	--	--

GO TO Q. G20, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. G20, NEXT PAGE

G20. Thyroid disease, such as an overactive thyroid, Grave's disease, or an underactive thyroid?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

G21. What was that?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

G22. Who was affected?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

G23. How old was he/she (EACH OF THEM) when that was diagnosed?

A. YEARS 98 DK 99 REF

B. YEARS 98 DK 99 REF

C. YEARS 98 DK 99 REF

GO TO Q. G24, NEXT PAGE

GO TO
Q. G24,
NEXT PAGE

G24. Leukemia or a blood disease?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

G25. What was that?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

G26. Who was affected?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

G28. How old was he/she (EACH OF THEM) when that was diagnosed?

A. YEARS 98 DK 99 REF

B. YEARS 98 DK 99 REF

C. YEARS 98 DK 99 REF

GO TO Q. G28, NEXT PAGE

GO TO Q. G28,
NEXT PAGE

G28. Other cancer?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

G29. What was that?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

G30. Who was affected?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

G31. How old was he/she (EACH OF THEM) when that was diagnosed?

A. YEARS 98 DK 99 REF

B. YEARS 98 DK 99 REF

C. YEARS 98 DK 99 REF

GO TO Q. G32, NEXT PAGE

↓
GO TO
Q. G32,
NEXT PAGE

G32. A benign tumor, cyst, or abdominal growth?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

G33. What was that?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

G34. Who was affected?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

G35. How old was he/she (EACH OF THEM) when that was diagnosed?

A. YEARS 98 DK 99 REF

B. YEARS 98 DK 99 REF

C. YEARS 98 DK 99 REF

GO TO Q. G36, NEXT PAGE

GO TO Q. G36, NEXT PAGE

G36. Diabetes?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

G37. Who was affected?

_____	A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

G38. How old was he/she (EACH OF THEM) when that was diagnosed?

A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF
B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF
C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF

GO TO Q. G39, NEXT PAGE

GO TO Q. G39, NEXT PAGE

G39. Alzheimer's disease?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

G40. Who was affected?

_____ A.

_____ B.

_____ C.

G41. How old was he/she (EACH OF THEM) when that was diagnosed?

A. YEARS 98 DK 99 REF

B. YEARS 98 DK 99 REF

C. YEARS 98 DK 99 REF

GO TO Q. G42, NEXT PAGE

GO TO Q. G42, NEXT PAGE

G42. Senility or dementia, other than Alzheimer's?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

G43. Who was affected?

_____	A.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
_____	C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

G44. How old was he/she (EACH OF THEM) when that was diagnosed?

A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF
B.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF
C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	YEARS	98	DK	99	REF

GO TO SECTION H

GO TO SECTION H

NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION H

These next questions concern your pregnancy with _____ (INDEX CHILD) _____

H1. At the time you became pregnant with _____ (INDEX CHILD) _____, how much did you weigh?

POUNDS

998 DK

999 REF

H2. During the **first three months** of your pregnancy, did you gain weight, lose weight, or stay about the same?

1 GAINED →

—

H3. About how much weight did you gain in those first three months?

POUND

98 DK

99 REF

GO TO Q. H5, NEXT PAGE

3 LOST →

H4. How much weight did you lose in those first three months?

POUNDS

98 DK

99 REF

GO TO Q. H5, NEXT PAGE

5 SAME

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q. H5,
NEXT PAGE

H5. How much weight did you gain during the entire pregnancy?

--	--

POUNDS

998 DK

999 REF

H6. How tall are you? (RECORD IN FEET AND INCHES)

--

FEET AND

--	--

INCHES

98 DK

99 REF

H7. Did you have morning sickness, with nausea or vomiting, during your pregnancy with (INDEX CHILD) ?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

H8. In about what week of pregnancy did it start?

WEEK 98 DK 99 REF

H9. Did you just have nausea, or did you vomit?

- 1 NAUSEA ONLY

H10. Did you take any medication or receive any treatment for the morning sickness?

1 YES → GO TO Q. H13, NEXT PAGE

- 5 NO
 - 8 DK
 - 9 REF
- GO TO Q. H17, PAGE 6

- 5 VOMITING

H11. How many weeks did the vomiting last?

WEEKS

LESS THAN ONE WEEK = "00"

98 DK 99 REF

- 8 DK

- 9 REF

↓
GO TO Q. H17, PAGE 6

H12. Did you take any medication or receive any treatment for the morning sickness?

1 YES → GO TO Q. H13, NEXT PAGE

- 5 NO
 - 8 DK
 - 9 REF
- GO TO Q. H17, PAGE 6

↓
GO TO Q.H17, PAGE 6

H13. Was that medication or treatment or both?

1 BOTH —————> GO TO Q. H14, (BELOW), THEN TO Q. H16, NEXT PAGE

3 MEDICATION —————> GO TO Q. H16, NEXT PAGE

5 TREATMENT —————> GO TO Q. H14, BELOW

9 REF —————> GO TO Q. H17, PAGE 6

H14. What kind of treatment or advice did you receive?

_____ A.

--	--

_____ B.

--	--

H15. CHECKPOINT

I IF MEDICATIONS ALSO —————> GO TO Q. H16, NEXT PAGE

5 IF NO MEDICATIONS —————> GO TO Q. H17, PAGE 6

9 REF —————> GO TO Q. H17, PAGE 6

H16. Was the medication that you took prescribed by a doctor?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

The next questions concern foods you may have eaten during your pregnancy with _____ (INDEX CHILD) _____. Some questions refer to foods that are listed on the yellow page of your interview guide, so please turn to that page now.

H17. During your pregnancy with , _____ (INDEX CHILD) _____, how often did you eat ice cream? Looking at the categories at the top of the yellow page, would that be never, less than once a month, one to three times a month, one to three times a week, four to six times a week, or every day?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H18. Butter and margarine?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD)
HOW OFTEN DID YOU EAT

H19. Yogurt?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK. OR
- 60 EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

DURING YOUR PREGNANCY WITH (INDEX CHILD) HOW OFTEN DID YOU EAT

H20. Milk?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE_A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H21. Cheese?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

DURING YOUR PREGNANCY WITH (INDEX CHILD)
HOW OFTEN DID YOU EAT

H22. Fresh fruit?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H23. Canned or frozen
fruit?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD)
HOW OFTEN DID YOU EAT

H24. Fresh vegetables, not including potatoes?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE. A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H25. Canned or frozen vegetables?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

DURING YOUR PREGNANCY WITH (INDEX CHILD)
HOW OFTEN DID YOU EAT

H26. Canned or dried beans and lentils, not including green beans?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE.A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H27. Eggs?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD)
HOW OFTEN DID YOU EAT

H28. Fish, including canned fish such as tuna?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE. A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H29. Poultry, such as chicken or turkey?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD)
HOW OFTEN DID YOU EAT

H30. Now, looking at the list of red meats on the yellow page of your guide, how often did you eat any of those during your pregnancy?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H31. And how often did you eat any of the cured meats listed?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H32. And, how often did you eat any of the soy products listed?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H33. Now thinking about things you drank when you were pregnant with _____ (INDEX CHILD) _____. How often did you _____ drink pop or soft drinks that contained caffeine?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H34. Cocoa or hot chocolate?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD)
HOW OFTEN DID YOU DRINK

The next few questions are about coffee and tea. This would include hot or iced.

H35. How often did you drink coffee, **not** including decaffeinated?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H36. How often did you drink decaffeinated coffee?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK. OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

DURING YOUR PREGNANCY WITH (INDEX CHILD)
HOW OFTEN DID YOU DRINK

H37. How often did you drink herbal tea?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE _A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

H38. Black tea?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD)
HOW OFTEN DID YOU DRINK

H39. And green tea?

- 1a) NEVER
- 2b) LESS THAN ONCE .A MONTH
- 3c) ONE TO THREE TIMES A MONTH
- 4d) ONE TO THREE TIMES A WEEK
- 5e) FOUR TO SIX TIMES A WEEK, OR
- 6f) EVERY DAY
- 8x) DK
- 9z) REF

The next questions concern a few other conditions you may have had during your pregnancy with _____ (INDEX CHILD)

H40. During your pregnancy, did you have swelling of the hands or feet?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

H41. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

1 YES, MEDS (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--	--	--	--

_____ B.

--	--	--	--	--	--

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

GO TO Q. H42,
NEXT PAGE

GO TO Q. H42,
NEXT PAGE

OTHER CONDITIONS YOU MAY HAVE HAD DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD _____)

H42. Did you have protein or albumin in the urine?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

H43. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

1 YES, MEDS (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--	--	--	--

_____ B

--	--	--	--	--	--

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

GO TO Q. H44,
NEXT PAGE

GO TO Q. H44,
NEXT PAGE

OTHER CONDITIONS YOU MAY HAVE HAD DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD) _____

H44. During your pregnancy, did you have high blood pressure?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

GO TO Q, H46
NEXT PAGE

H45. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

1 YES, MEDS (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--	--	--	--

_____ B.

--	--	--	--	--	--

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

GO TO Q. H46
NEXT PAGE

OTHER CONDITIONS YOU MAY HAVE HAD DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD) _____

H46. Pre-eclampsia or toxemia?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q, H48
NEXT PAGE

H47. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

1 YES, MEDS (SPECIFY)

--	--	--	--	--	--	--	--

_____ A.

--	--	--	--	--	--	--	--

_____ B

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q, H48
NEXT PAGE

OTHER CONDITIONS YOU MAY HAVE HAD DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD) _____

H48. During your pregnancy, did you have heart disease?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

GO TO Q, H50
NEXT PAGE

H49. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

1 YES, MEDS (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--	--	--	--	--

_____ B

--	--	--	--	--	--	--

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

GO TO Q, H50
NEXT PAGE

OTHER CONDITIONS YOU MAY HAVE HAD DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD) _____

H50. During your pregnancy, did you have a urinary tract infection or bladder infection?
(DOES NOT ONCLUDE KIDNEY INFECTION)

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q, H52
NEXT PAGE

H51. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

1 YES, MEDS (SPECIFY)

--	--	--	--	--	--	--	--

_____ A.

--	--	--	--	--	--	--	--

_____ B

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q, H52
NEXT PAGE

OTHER CONDITIONS YOU MAY HAVE HAD DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD) _____

H52. Kidney disease or kidney infection?

1 YES →

H53. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

5 NO

8 DK

9 REF

1 YES, MEDS (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--	--	--	--	--

_____ B

--	--	--	--	--	--	--

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

GO TO Q, H54
NEXT PAGE

GO TO Q, H54
NEXT PAGE

OTHER CONDITIONS YOU MAY HAVE HAD DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD) _____

H54. During your pregnancy, did you have high blood pressure?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q, H56
NEXT PAGE

H55. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

1 YES, MEDS (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--	--	--	--

_____ B.

--	--	--	--	--	--

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q, H56
NEXT PAGE

OTHER CONDITIONS YOU MAY HAVE HAD DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD) _____

H56. Vaginal bleeding or spotting? NOT INCLDING THREATENED MISCARRIAGE?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q, H58
NEXT PAGE

H57. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

1 YES, MEDS (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--	--	--	--

_____ B.

--	--	--	--	--	--

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q. H58
NEXT PAGE

OTHER CONDITIONS YOU MAY HAVE HAD DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD) _____

H58. During your pregnancy, did you have genital warts?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q, H60
NEXT PAGE

H59. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

1 YES, MEDS (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--	--	--	--	--	--

_____ B

--	--	--	--	--	--	--	--

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q. H60
NEXT PAGE

OTHER CONDITIONS YOU MAY HAVE HAD DURING YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD) _____

H60. Gestational diabetes?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

↓
GO TO SECTION I

H61. Did you receive any medication? (WHAT WAS THAT?)

1 YES, MEDS (SPECIFY)

_____ A.

--	--	--	--	--	--	--

_____ B

--	--	--	--	--	--	--

5 NO MEDICATION

8 DK

9 REF

↓
GO TO SECTION I



NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION I

For these next questions, please turn to the blue page in your interview guide. Thinking about your pregnancy with _____ (INDEX CHILD) _____, did you take any of the following medications in the year before you were pregnant or during your pregnancy, OR WHILE YOU WERE BREAST FEEDING. This would be from about _____ (MO/YR) _____ to about _____ (MO/YR) (2 WEEKS)

[REPEAT Q11 - 14 FOR EACH VITAMIN, UP TO 2 TIMES]

11. During any of that time, did you take vitamins? (Did you take any **other** vitamins?)

- I YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

I2. What type of vitamin was that?

--	--

I3. Were they prescribed by a doctor?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

I4. Did you take them

a) In the year before your pregnancy?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

b) In early pregnancy, before you knew you were pregnant?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

c) From the time you found out you were pregnant until _____ (INDEX CHILD) _____ was born?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

IF APPROPRIATE

d) While you were breast feeding?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

GO TO Q. 15, NEXT PAGE

GO TO Q. 15,

TIME PERIOD FROM _____ (MO/YR)
TO _____ (MO/YR)

15. During any of that time, did you take iron supplements, other than what's in a multivitamin?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

I6. For what reason or condition were you taking them?

--	--

I7. Were they prescribed by a doctor?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

I8. Did you take them

a) In the year before your pregnancy?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

b) In early pregnancy, before you knew you were pregnant?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

c) From the time you found out you were pregnant until _____ (INDEX CHILD) was born?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

IF APPROPRIATE

d) While you were breast feeding?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

GO TO Q. I9, NEXT PAGE

GO TO Q. I9,
NEXT PAGE

19. During that period from _____ (MO/YR) to _____ (MO /YR)
 did you use any recreational drugs, such as marijuana, heroin, or cocaine?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

I10. What did you use? [RECORD ALL USED]

_____ A.

_____ B.

_____ C.

I11. Did you use that

a) In the year before your pregnancy

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

b) In early pregnancy, before you knew you were pregnant?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

c) From the time you found out you were pregnant
 until _____ (INDEX CHILD) _____ was born?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

IF APPROPRIATE

d) While you were breast feeding?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

GO TO Q. I12, NEXT PAGE

GO TO Q. I12,
 NEXT PAGE

I12. During that period from _____ (MO/YR) _____ to
 _____ (MO/YR) _____ did you take any female
 hormones, such as fertility drugs or birth control pills?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK

I13. What type of vitamin was that?

--	--

I14. For what reason or condition were you taking that?

--	--

I15. Did you take them

a) In the year before your pregnancy?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

b) In early pregnancy, before you knew you were pregnant?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

c) From the time you found out you were
 pregnant until _____ (INDEX CHILD)
 was born?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

IF APPROPRIATE

d) While you were breast feeding?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

GO TO Q. I16, NEXT PAGE

9 REF



GO TO Q. I16
 NEXT PAGE

TIME PERIOD FROM
 _____ (MO/YR) _____ TO
 _____ (MO/YR) _____

REPEAT Q I16 -120 FOR EACH IMMUNOSUPPRESSANT/STEROID UP TO 2 TIMES

I16. Did you take immunosuppressants or steroids, for example, cortisone, prednisone, or any others, such as those listed on the blue page of your guide?
 (DID YOU TAKE ANY **OTHER** IMMUNOSUPPRESSANTS OR STEROIDS?)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

I17. What was the name of that drug?

--	--

I18. For what reason or condition were you taking that?

--	--

I19. Was that prescribed by a doctor?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

I20. Did you take that

a) In the year before your pregnancy?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

b) In early pregnancy, before you knew you were pregnant?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

c) From the time you found out you were pregnant until
 _____ (INDEX CHILD) _____ was born?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

IF APPROPRIATE

d) While you were breast feeding?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

GO TO Q. I21, NEXT PAGE

GO TO Q. I21,
 NEXT PAGE

TIME PERIOD FROM _____ (MO/YR) _____
TO _____ (MO/YR) _____

I21. Did you take insulin?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

I22. What was the name of that drug?

_____ A.

--	--	--	--	--	--	--	--

_____ B.

--	--	--	--	--	--	--	--

_____ C.

--	--	--	--	--	--	--	--

I23. For what reason or condition were you taking that?

--	--

I24. Did you take that

a) In the year before your pregnancy?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

b) In early pregnancy, before you knew you were pregnant?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

c) From the time you found out you were pregnant until
_____ (INDEX CHILD) _____ was born?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

IF APPROPRIATE

d) While you were breast feeding?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

GO TO Q. I25,
NEXT PAGE

GO TO Q. 125, NEXT PAGE

TIME PERIOD FROM _____ (MO/YR)
TO _____ (MO/YR)

I25. How about a thyroid medication?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

I26. What was the name of that drug?

--	--	--	--	--	--

I27. For what reason or condition were you taking that?

--	--

I28. Did you take that

a) In the year before your pregnancy?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

b) In early pregnancy, before you knew you were pregnant?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

c) From the time you found out you were pregnant until
(INDEX CHILD) _____ was born?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

IF APPROPRIATE

d) While you were breast feeding?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

GO TO Q. I29, NEXT PAGE

GO TO Q. I29,
NEXT PAGE

TIME PERIOD FROM _____ (MO/YR)
TO _____ (MO/YR)

REPEAT QI29-I32 FOR EACH REMEDY, TREATMENT, SUPPLEMENT, UP TO 2 TIMES

I29. Did you take any alternative holistic or herbal remedies, treatments or supplements during that time period? (Dis you take any **other** holistic or herbal remedies, treatments or supplements?)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

I30. What was that?

--	--	--	--	--	--	--

I31. For what reason or condition were you taking that?

--	--

I32. Did you take that

a) In the year before your pregnancy?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

b) In early pregnancy, before you knew were pregnant?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

c) From the time you found out you were pregnant until
(INDEX CHILD) _____ was born?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

IF APPROPRIATE

d) While you were breast feeding?

1 YES 5 NO 8 DK 9 REF

GO TO Q. I33, NEXT PAGE

GO TO Q. I33,
NEXT PAGE

I33 During your pregnancy with _____ (INDEX CHILD) _____ did you have an ultrasound or sonogram examination? These are usually done with a hand-held probe which is moved up and down on the abdomen, and they show a picture of the baby on the screen.

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO Q. 138,
PAGE 11

I34. How many times did you have an ultrasound during that pregnancy?

		TIME
--	--	------

98 DK

99 REF

I35. Did you have an ultrasound during the **first three months** of the pregnancy?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

I36. During the **middle three** months of pregnancy?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

GO TO Q. 137, NEXT PAGE

I37. During the **last three** months of pregnancy?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

GO TO Q. 138,
NEXT PAGE

I38. Did you have an amniocentesis during this pregnancy? That is usually done by inserting a needle through the abdomen into the womb to get some fluid.

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

fI39. Did you have CVS or chorionic villus sampling? That is done by taking a sample of the placenta.

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

I40. CHECKPOINT

- 1 DOWN SYNDROME CASE
 - 3 DOWN SYNDROME CONTROL
- } → GO TO Q. I41, BELOW
- 5 NORMAL CONTROL → GO TO Q. I43, PAGE 13

I41. When did you learn from a physician that _____ (INDEX CHILD) _____ had Down syndrome?

- 1 DURING THE FIRST TRIMESTER
 - 2 DURING THE SECOND TRIMESTER
 - 3 DURING THE THIRD TRIMESTER
- } → GO TO Q. I42, NEXT PAGE
- 4 AFTER BIRTH → GO TO Q. 143, PAGE 13

- 8 DK
 - 9 REF
- } → GO TO Q. 142, NEXT PAGE

I42.How did the physician determine that _____ (INDEX CHILD)
had Down syndrome?

1 ULTRASOUND

2 MATERNAL BLOOD TEST

3 CHORIONIC VILLUS SAMPLING

4 AMNIOCENTESIS

5 OTHER, SPECIFY: _____

8 DK

9 REF

I43. And did you ever receive any type of X-rays during your pregnancy with (INDEX CHILD)? This would include X-rays, fluoroscopies, mammograms, scans, or radiotherapy, but would not include dental X-rays.
(DOES NOT INCLUDE ULTRASOUND)

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

I44. How many different times did you have any of these during your pregnancy?

TIMES

GO TO Q. 145, NEXT PAGE

99 REF → GO TO Q. 150, PAGE 15

↓
GO TO Q. 150,
PAGE 15

REPEAT I45 - I49 FOR EACH TIME, UP TO 4 TIMES

I45. [THE FIRST (SECOND, THIRD, FOURTH) TIME YOU HAD X-RAYS DURING YOUR PREGNANCY,]

Was that an X-ray, which results in a single picture of internal structures; a fluoroscopy, in which the physician injects a dye and looks at a screen; a scan, which results in multiple pictures; or radiotherapy, which treats a problem?

1 X-RAY

2 FLUOROSCOPY

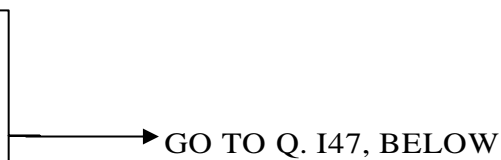
3 SCAN

4 RADIOTHERAPY

5 OTHER

8 DK

9 REF



I46. What was that?

GO TO Q. I47, BELOW

I47. What part of the body was X-rayed?

I48. How far along were you in your pregnancy when you had the X-ray done?

MONTH

98 DK

99 REF

I49. What was the reason for having the -X ray?

I50. How many different times during your pregnancy did you have dental X-rays taken?

--	--

 TIMES

0 IF 0, GO TO Q. 152, NEXT PAGE

98 DK

99 REF

I51. How far along were you when you had dental X-rays taken? (MONTHS)

	A.	
	B.	

I52. My next question concerns a longer time period, that is the **five year period prior** to your pregnancy with (INDEX CHILD) . During those five years, did you receive any type of X-rays, fluoroscopies, mammograms, scans, or radiotherapy, not including dental X-rays?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

↓
GO TO
SECTION K

I53. How many different times did you have any of those tests during that five year period?

TIMES

GO TO Q. I54, NEXT PAGE

99 REF → GO TO SECTION K

REPEAT I54 - I56 FOR EACH TIME, UP TO 10 TIMES

I54. [THE FIRST (SECOND, THIRD, FOURTH) TIME YOU HAD ANY OF THESE TESTS DURING THAT FIVE YEAR PERIOD PRIOR TO YOUR PREGNANCY WITH _____ (INDEX CHILD) _____.]

Was that an X-ray, which results in a single picture of internal structures; a fluoroscopy, in which the physician injects a dye and looks at a screen; a scan, which results in multiple pictures; or radiotherapy, which treats a problem?

1 X-RAY

2 FLUOROSCOPY

3 SCAN

4 RADIOTHERAPY

GO TO Q. 156, BELOW

5 OTHER

8 DK

9 REF

I55. What was that?

GO TO Q. 156, BELOW

I56. What part of the body was involved?

I57. Was that test performed in the **month before** becoming pregnant, in the **year before** the pregnancy, or **one to five years before** the pregnancy?

- 1 MONTH PRIOR
- 3 YEAR PRIOR
- 5 ONE TO FIVE YEARS PRIOR
- 8 DK
- 9 REF

I58. What was the reason for having the X-ray?

--	--	--	--	--

GO TO SECTION K

NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION K

The next few questions deal with your daily health habits and with products you may have used around the house.

K1. Have you ever smoked even one cigarette in your entire life?

1 YES → GO TO Q. K2, NEXT PAGE

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO Q. K17,
PAGE 5

K2. At any time in your life, did you smoke **at least one cigarette per day** for a period of **three months or longer?**

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K3. How old were you when you first began to smoke regularly?

YEAR

- 98 DK
- 99 REF

K4. Do you smoke at present?

- 1 YES →

K5. How many cigarettes a day do you currently smoke?

CIGARRETES PER DAY

- 96 LESS THAN ONE PER DAY
- 98 DK
- 99 REF

GO TO Q. K7, BELOW

GO TO Q. K8,
NEXT PAGE

- 5 NO →

K6. How old were you when you quit smoking for good?

YEARS

- 98 DK
- 99 REF

GO TO Q. K7, BELOW

- 9 REF → GO TO Q. K8, NEXT PAGE

K7. Over your **entire lifetime**, how many years have you smoked?

YEARS

- 98 DK
- 99 REF

K8. Did you smoke cigarettes at all in the time period from one year before you became pregnant with _____ (INDEX CHILD) _____, during your pregnancy with him/her, OR WHILE NURSING?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

↓
GO TO Q. K17,
PAGE 5

K9. Did you smoke in the year prior to becoming pregnant?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF



K10. During that year, how many cigarettes did you smoke per day, on average?

CIGARETTES PER DAY

96 LESS THAN ONE PER DAY

98 DK

99 REF

GO TO Q. K11, BELOW

K11. Did you smoke in early pregnancy before you knew you were pregnant?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF



K12. During that time, how many cigarettes did you smoke per day, on average.?

CIGARETTES PER DAY

96 LESS THAN ONE PER DAY

98 DK

99 REF

GO TO Q. K13, BELOW

K13. Did you smoke from the time you found out you were pregnant until _____ (INDEX CHILD) _____ was born?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF



K14. During that time, how many cigarettes did you smoke per day on average?

CIGARETTES PER DAY

96 LESS THAN ONE PER DAY

98 DK

99 REF

GO TO Q. K15, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. K15,
NEXT PAGE

[IF BREAST FED]

K15. Did you smoke while you were breast feeding him/her?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

↓
GO TO Q. K17,
NEXT PAGE

K16. During that time, how many cigarettes did you smoke <u>per day, on average?</u>	
<input type="text"/>	CIGARETTES PER DAY
96	LESS THAN ONE PER DAY
98	DK
99	REF
GO TO Q. K17, NEXT PAGE	

K17. Do you **currently** drink wine, beer, liquor, or any alcoholic beverages?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K18. Did you **ever** drink at least **two drinks a month** for a period of **one year or longer?**

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K19. Did you drink at all in the time period from **one year before** your pregnancy with (INDEX CHILD) _____, **through the pregnancy** with him/her, OR WHILE BREAST FEEDING?

- 1 YES —————> GO TO Q. K20, NEXT PAGE
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

↓
GO TO Q. K48.
PAGE 14

K20. Did you drink at all in the year before you became pregnant?

1 YES →

K21. During that year, did you drink wine or wine coolers?

5 NO

8 DK

9 REF

1 YES →

E1:I/NIS/002K (6-22)

K22. Thinking of a 12 ounce wine cooler or a

5 NO

8 DK

9 REF

GO TO Q. K23, NEXT PAGE

4
ounce
glass
of wine
as a
single
serving
,
how
many
did
you
have
in a
typical
week
?

GO TO Q. K27,
PAGE 8

998 DK

REF

999

GO TO Q. K23, NEXT PAGE

K23. Did you drink beer in the year before you became pregnant?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K24. How many cans or bottles did you drink in a typical week?
(12 OZ. CAN OR BOTTLE)

--	--	--

CANS OR BOTTLES PER WEEK

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK 999 REF

GO TO Q. K25, BELOW

K25. Did you drink any other alcoholic beverages before you became pregnant?
This would include mixed drinks.

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

R26. Thinking of a drink containing one shot as a single drink, how many drinks did you have in a typical week?
(ONE SHOT/ONE AND A HALF OZ.)

--	--	--

DRINKS PER WEEK

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK 999 REF

GO TO Q. K27, NEXT PAGE

GO TO Q. K27,
NEXT PAGE

K27. Thinking about early on in your pregnancy, before you knew you were pregnant with (INDEX CHILD) . Did you drink alcoholic beverages at all during that time?

I YES → GO TO Q. K28, BELOW

5 NO
8 DK
9 REF

→ GO TO Q. K34, PAGE 10

K28. During that time, did you drink wine or wine coolers?

I YES
5 NO
8 DK
9 REF

→

K29. Thinking of a 12 ounce wine cooler or a 4 ounce glass of wine as a single serving, how many servings did you have in a typical week?

--	--	--

SERVINGS PER WEEK

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK 999 REF

GO TO Q. K30, NEXT PAGE

↓

GO TO Q. K30,
NEXT PAGE

K30. Did you drink beer in early pregnancy, before you knew you were pregnant with (INDEX CHILD) _____?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K31. How many cans or bottles did you drink in-a typical week?
(12 OZ. CAN OR BOTTLE)

--	--	--

CANS OR BOTTLES PER

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK 999 REF

GO TO Q. K32, BELOW

K32. Did you drink any other alcoholic beverages in early pregnancy? (THIS WOULD INCLUDE MIXED DRINKS)

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K33. Thinking of a drink containing one shot as a single drink, how many drinks did you have in a typical week?
(ONE SHOT/ONE AND A HALF OZ.)

--	--	--

DRINKS PER WEEK

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK 999 REF

GO TO Q. K34, NEXT PAGE

GO TO Q. K34,
NEXT PAGE

K34. Did you drink any alcoholic beverages from the time you found out you were pregnant until (INDEX CHILD) was born?

1 YES → GO TO Q. K35, BELOW

5 NO
8 DK
9 REF

→ GO TO Q. K44, PAGE 12

K35. Once you knew you were pregnant, did you drink wine or wine coolers?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

K36. Thinking of a 12 ounce wine cooler or a 4 ounce glass of wine as a single serving, how-many servings did you have in a typical week?

SERVINGS PER WEEK

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK 999 REF

GO TO Q. K37. NEXT PAGE

↓

GO TO Q. K37, NEXT PAGE

K37. Did you drink beer once you knew you were pregnant?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K38. How many cans or bottles did you drink in a typical week?
 (12 OZ. CAN OR BOTTLE)

--	--	--

CANS OR BOTTLES PER WEEK

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK 999 REF

GO TO Q. K39, BELOW



K39. Did you drink any other alcoholic beverages once you knew you were pregnant?
 (THIS WOULD INCLUDE MIXED DRINKS)

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K40. Thinking of a drink containing one shot as a single drink, how
 many drinks did you have in a typical week?
 (ONE SHOT/ONE AND A HALF OZ.)

--	--	--

DRINKS PER WEEK

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK 999 REF

GO TO Q. K41, NEXT PAGE



GO TO Q. K41,
 NEXT PAGE

K41. IF NURSED: And during the time you were breast feeding
(INDEX CHILD), did you drink any alcoholic beverages?

1 YES → GO TO Q. K42, BELOW

5 NO
 8 DK
 9 REF

→ GO TO Q. K48, PAGE 14

K42. While you were breast feeding, did you drink wine or wine coolers?

1 YES →

K43. Thinking of a 12 ounce wine cooler or a 4 ounce glass of wine as a single serving, how many servings did you have in a typical week?

5 NO

8 DK

9 REF

--	--	--

SERVINGS PER WEEK

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK 999 REF

GO TO Q. K44, NEXT PAGE

↓
 GO TO Q. K44,
 NEXT PAGE

K44. Did you drink beer while you were breast feeding?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K45. How many cans or bottles did you did you drink in a typical week?
 (12 OZ. CAN OR BOTTLE)

--	--	--

CANS OR BOTTLES PER

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK 999 REF

GO TO Q. K46, BELOW

K46. Did you drink any other alcoholic beverages while you were breast feeding?
 (THIS WOULD INCLUDE MIXED DRINKS)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K47. Thinking of a drink containing one shot as a single drink, how many drinks did you have in a typical week?
 (ONE SHOT/ONE AND A HALF OZ.)

--	--	--

EPI/12/00/001 (10) 221

DRINKS PER WEE

996 LESS THAN ONE PER WEEK

998 DK

999

REF

GO TO Q. K48,
 NEXT PAGE

GO TO Q. K48,
 NEXT PAGE

For the next questions, please turn to the pink page in your interview guide. Thinking about the month before your pregnancy, during your pregnancy, or while you were nursing, did you come in contact with any of these products used in or around your house or apartment:

K48. The first one is, products used to control household insects, such as Raid, Black Flag bug spray, Ortho Hornet and Wasp Killer, no-pest strips, ant traps, or roach baits? This would include handling the product, having it in the living areas of your home, or being close enough to smell it.

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO Q. K52

NEXT PAGE

K49. About how many times did you come in contact with these products in the month before your pregnancy? (THIS WOULD INCLUDE HANDLING THE PRODUCT, HAVING IT IN THE LIVING AREAS OF YOUR HOME, OR BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT)

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K50. And how many times during your pregnancy?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/ USUALLY

98 DK 99 REF

K51. And while you were nursing?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/ USUALLY

98 DK 99 REF

GO TO Q. K52, NEXT PAGE

IN THE MONTH BEFORE YOUR PREGNANCY, DURING YOUR PREGNANCY,
OR WHILE YOU WERE NURSING, DID YOU COME IN CONTACT WITH

K52. How about products used to control moths, such as mothballs? This would include wearing or handling clothes that had been stored in mothballs.

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

~~About how many times did you come in contact with this~~
K53. product in the month before your pregnancy? (THIS
WOULD INCLUDE WEARING OR HANDLING CLOTHES
THAT HAD BEEN STORED IN MOTHBALLS.)

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

And how many times during your pregnancy?
K54. TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K55. And while you were nursing?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

GO TO Q. K56,
NEXT PAGE

GO TO Q. K56, NEXT PAGE

IN THE MONTH BEFORE YOUR PREGNANCY, DURING YOUR PREGNANCY. OR WHILE YOU WERE NURSING, DID YOU COME IN CONTACT WITH

K56. Products used around the home to control mice, rats, gophers, or moles, such as D-Con or Warfarin? (THIS WOULD INCLUDE HANDLING THE PRODUCT, HAVING IT IN THE LIVING AREAS OF YOUR HOME, OR BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT.)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K57. About how many times did you come in contact with these products in the month before your pregnancy? (THIS WOULD INCLUDE HANDLING THE PRODUCT, HAVING IT IN THE LIVING AREAS OF YOUR HOME, OR BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT.)

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K58. And how many times during your pregnancy?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K59. And while you were nursing?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

GO TO Q. K60, NEXT PAGE

↓

GO TO Q. K60,
NEXT PAGE

IN THE MONTH BEFORE YOUR PREGNANCY, DURING YOUR PREGNANCY, OR WHILE YOU WERE NURSING, DID YOU COME IN CONTACT WITH

K60. Products used around your home to control fleas or ticks, such as Holiday, Four-Gone Foggers, or flea collars for pets? (THIS WOULD INCLUDE HANDLING THE PRODUCT, HAVING IT IN THE LIVING AREAS OF YOUR HOME, OR BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT.)

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

GO TO Q. K64,
NEXT PAGE

K61. About how many times did you come in contact with these products in the month before your pregnancy? (THIS WOULD INCLUDE HANDLING THE PRODUCT, HAVING IT IN THE LIVING AREAS OF YOUR HOME, OR BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT.)

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K62. And how many times during your pregnancy?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K63. And while you were nursing?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

GO TO Q. K64, NEXT PAGE

IN THE MONTH BEFORE YOUR PREGNANCY, DURING YOUR PREGNANCY, OR WHILE YOU WERE NURSING, DID YOU COME IN CONTACT WITH

K64. Home or garden products used around the house or apartment, such as dandelion killers, crabgrass killers, slug or snail baits, or treatments for plant and tree insects or diseases? This would include handling the product, being close enough to smell it, or walking on grass within three days of treatment.

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

K65. About how many times did you come in contact with these products in the month before your pregnancy? (THIS WOULD INCLUDE HANDLING THE PRODUCT, BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT, OR WALKING ON GRASS WITHIN THREE DAYS OF TREATMENT)

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K66. And how many times during your pregnancy?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K67. And while you were nursing?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

GO TO Q. K68, NEXT PAGE

GO TO Q. K68,
NEXT PAGE

IN THE MONTH BEFORE YOUR PREGNANCY, DURING YOUR PREGNANCY,
OR WHILE YOU WERE NURSING, DID YOU COME IN CONTACT WITH

K68. How about insect repellent such as Off or other products listed on the pink page? (SKIN CONTACT)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

GO TO Q. K72.
NEXT PAGE

K69. About how many times did
did you come in contact with these products in the month
before your pregnancy? (SKIN
CONTACT)

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K70. And how many times during your pregnancy?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K71. And while you were nursing?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAY SUALLY

98 DK 99 REF

GO TO Q. K72, NEXT PAGE

IN THE MONTH BEFORE YOUR PREGNANCY, DURING YOUR PREGNANCY, OR WHILE YOU WERE NURSING,

K72. Was your home treated by exterminators?
(TREATED BY PROFESSIONAL OR SELF)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K73. About how many times was your home treated in the month before your pregnancy? (TREATED BY PROFESSIONAL OR SELF)

		TIMES TREATED
98	DK	99 REF

K74. And how many times during your pregnancy?

		TIMES TREATED
98	DK	99 REF

K75. And while you were nursing?

		TIMES TREATED
98	DK	99 REF

GO TO Q. K76, NEXT PAGE

GO TO Q. K76,
NEXT PAGE

IN THE MONTH BEFORE YOUR PREGNANCY, DURING YOUR PREGNANCY,
OR WHILE YOU WERE NURSING

K76. Did you come in contact with any paints, stains, or lacquers? This would include being in the area where paint was use or being close enough to smell the paint. (OWN HOME ONLY)

I YES →

5 NO

8 DK

9 REF



K77. About how many times (DAYS) did you come in contact with these products in the month before pregnancy? (THIS WOULD INCLUDE BEING IN THE AREA WHERE PAINT WAS USED OR BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL THE PAINT.)

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K78. And how many times (DAYS) during your pregnancy?

TIME

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

K79. And while you were nursing?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK 99 REF

GO TO Q. K80, NEXT PAGE

GO TO Q. K80,
NEXT PAGE

IN THE MONTH BEFORE YOUR PREGNANCY, DURING YOUR PREGNANCY, OR WHILE YOU WERE NURSING

K80. Did you come in contact with petroleum products, such as gasoline, kerosene, lubricating oils, or spot removers? (THIS WOULD NOT INCLUDE PUMPING GAS, UNLESS YOU GOT GASOLINE ON YOUR SKIN.) (DOES NOT INCLUDE VASELINE.) (OWN HOME ONLY)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

K81. About how many times did you come in contact with these products in the month before pregnancy? (SKIN CONTACT)

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY
98 DK 99 REF

K82. And how many times during your pregnancy?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/ USUALLY
98 DK 99 REF

K83. And while you were nursing?

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY
98 DK 99 REF

GO TO SECTION L

GO TO SECTION L

NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION L

The next section of the interview concerns _____ (INDEX CHILD)
herself/himself.

L1. Before (REF DATE) when he/she was about (REF AGE), did
_____ (INDEX CHILD) _____ ever have a heart catheterization, where the
physician injects a dye and looks at the heart?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L2. How many different times did he/she have that done?

--	--

 TIMES

98 DK

99 REF

L3. How old was he/she **the first time** when the heart catheterization was done?

--	--	--

 MONTHS

GO TO Q. L5,
NEXT PAGE

BEFORE (REF DATE) WHEN (INDEX CHILD)
WAS ABOUT (REF AGE)

L5. Did he/she ever have a scan, such as an MRI or CAT scan of the chest or lungs, not including a heart catheterization?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L6. What was that?

- 1 MRI
- 2 CAT SCAN
- 3 BOTH OF THOSE
- 4 OTHER: _____
- 8 DK
- 9 REF

L7. How many different times did he/she have these scans?

--	--

 TIMES

- 98 DK
- 99 REF

L8. How old was he/she **the first time** when the scans were taken?

--	--	--

 MONTHS

- 998 DK
- 999 REF

L9. What was the reason for them? (THE FIRST TIME?)

--	--	--	--	--

GO TO Q. L10, NEXT PAGE

GO TO Q. L10.
NEXT PAGE

BEFORE (REF DATE) WHEN _____ (INDEX CHILD)
 WAS ABOUT (REF AGE)

L10. Did he/she have any other X-rays of the chest or lungs, other than for broken bones?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF



GO TO Q. L14,
 NEXT PAGE

L11. How many different times did he/she have these taken?

--	--

TIMES

98 DK

99 REF

L12. How old was he/she **the first time** when the X-rays were taken?

--	--	--

MONTHS

998 DK

999 REF

L13. What was the reason for them? (THE FIRST TIME)

--	--	--	--	--

GO TO Q. L14. NEXT PAGE

BEFORE (REF DATE) WHEN _____ (INDEX CHILD)
WAS ABOUT (REF AGE)

L14. Did he/she have a fluoroscopy of the stomach or
intestines, where a physician injects a dye and looks at a screen?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L15. How many different times

did he/she have that done?

--	--

TIMES

98. DK

99 REF

L16. How old was he/she **the first time** when the fluoroscopy
was done?

--	--	--

MONTHS

998 DK

999 REF

L17. What was the reason for it? (THE FIRST TIME)

--	--	--	--	--

GO TO Q. L18, NEXT PAGE

GO TO Q. L18.
NEXT PAGE

L18. Did he/she have a scan, such as an MRI or CAT scan, of the stomach or intestines?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L19. What was that?

- 1 MRI
- 2. CAT SC
- 3 BOTH OF THOSE
- 4 OTHER:
- 8 DK
- 9 REF

L20. How many different times did he/she have these scans?

--	--

 TIMES

- 98 DK
- 99 REF

L21. How old was he/she **the first time** when the scans were taken?

--	--	--

 MONTHS

- 998 DK
- 999 REF

L22. What was the reason for them? (THE FIRST TIME)

GO TO Q. L23, NEXT PAGE

GO TO Q. L23,
NEXT PAGE

L23. X-rays of the stomach or intestines? (NOT INCLUDING TESTS FOR BROKEN BONES)

- I YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L24. How many different times did he/she have those taken?

--	--

 TIMES

98 DK

99 REF

L25. How old was he/she **the first time** when the X-rays were taken?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

L26. What was the reason for them? (THE FIRST TIME)

--	--	--	--	--

GO TO Q. L27, NEXT PAGE

GO TO Q. L27.
NEXT PAGE

L27. Fluoroscopy of the head and neck, such as a video swallow study?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L28. How many different times did he/she have that done?

--	--	--

 TIME
98 DK
99 REF

L29. How old was he/she **the first time** when the fluoroscopy was done?

--	--	--

 MONTHS
998 DK
999 REF

L30. What was the reason for it? (THE FIRST TIME)

--	--	--	--	--

GO TO Q. L31. NEXT PAGE

GO TO Q. L31,
NEXT PAGE

L31. Did he/she have scans of the head and neck, such as an MRI or CAT scan?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L32. What was that?

- 1 MRI
- 2 CAT SCAN
- 3 BOTH OF THOSE
- 4 OTHER: _____
- 8 DK
- 9 REF

L33. How many different times did he/she have these scans?

--	--

 TIMES

98 DK

99 REF

L34. How old was he/she **the first time** when the scan were taken?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

L35. What was the reason for them? (THE FIRST TIME)

--	--	--	--	--

GO TO Q. L36, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. L36,
NEXT PAGE

L36. X-rays of the head or neck, not including dental X-rays? (NOT INCLUDING
BROKEN BONES)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L37. How many different times did he/she have these X-rays?

--	--

 TIMES

98. DK

99 REF

L38. How old was he/she **the first time** when the X-rays were taken?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

L39. What was the reason for using them? (THE FIRST TIME)

--	--	--	--	--

GO TO Q. L40, NEXT PAGE

GO TO Q. L40,
NEXT PAGE

L40. X-rays for broken bones?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

L41. How many different
times did he/she have
these X-rays?

TIMES

99 REF _____ GO TO Q. L44, NEXT PAGE

REPEAT Q. L42-L43 FOR EACH INCIDENT, UP TO 3 TIMES

L42. What part of the body was X-rayed?

L43. How old was he/she?

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L44, NEXT PAGE



GO TO Q. L44,
NEXT PAGE

L44. And did he/she have any other X-rays? (NOT INCLUDING DENTAL X-RAYS)

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L45. How many different times did he/she have these X-rays?

--	--

 TIMES

99, REF _____ GO TO Q. L48, NEXT PAGE

REPEAT Q. L46-L47 FOR EACH INCIDENT, UP TO 6 TIMES

L46. What part of the bod was X-rayed?

--	--

L47. How old was he/she

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L48, NEXT PAGE

GO TO Q. L48.
NEXT PAGE

[IF REF AGE LESS THAN 2 YEARS, GO TO Q. L53, NEXT PAGE]

L48. Did he/ she ever have dental X- rays before (REF DATE) when he/ she was about (REF AGE)?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

L49. How many different times were dental X-rays taken between birth and (AGE 4 OR AGE AS OF THE REF DATE IF LESS THAN 4)?

NUMBER

98 DK

99 REF

L50. How many different times were dental X-rays taken between ages 5 to (9 OR AGE AS OF THE REF DATE IF LESS THAN 9)?

NUMBER

98 DK

99 REF

L51. How many different times were dental X-rays taken between ages 10 and (14 OR AGE AS OF THE REF DATE IF LESS THAN 14)?

NUMBER

98 DK

99 REF

L52. How many different times were dental X-rays taken between ages 15 and (19 OR AGE AS OF THE REF DATE IF LESS THAN 19)?

NUMBER

98 DK

99 REF

GO TO Q. L53, NEXT PAGE

GO TO Q. L53,
NEXT PAGE

L53. Before (REF DATE) did he/she suffer from any allergies?

- 1 YES
- 5 NO
- 8. DK
- 9 REF

EPI/NLS/002L. (13-581)



GO TO Q. L56.
NEXT PAGE

988 DK

999 REF

L54. What type of allergy was that?

~~GO TO Q. L56, NEXT PAGE~~

A

--	--

B

--	--

C

--	--

L55. How old was he/she when that was first diagnosed by a doctor?

--	--	--

MO
NT
HS

997 NOT
DIAGNOSED
BY A DOCTOR

10/98 Ver. 1

[IF REF AGE LESS THAN 2 YEARS, GO TO Q. L60, NEXT PAGE)

L56. Did _____ (INDEX CHILD) _____ have his/her tonsils removed prior to _____ (REF DATE) _____ when he/she was about _____ (REF AGE) _____?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L57. How old was he/she when that was done?

--	--	--

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L58, BELOW



L58. Did _____ (INDEX CHILD) _____ have his/her adenoids removed?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L59. How old was he/she when that was done?

--	--	--

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L60, NEXT PAGE



GO TO Q. L60,
NEXT PAGE

REPEAT Q. L60-L63 FOR EACH SURGERY, UP TO 4 TIMES

L60. Did he/she ever have any other surgery?

1 YES

3 YES,
MULTIPLE
SURGERIES

5 NO

8 DK

9 REF

L61. What type of surgery was that?

(SITE [A] AND REASON
FOR SURGERY [B])

_____ A.

--	--

_____ B.

--	--	--	--	--

L62. Was he/she admitted to an intensive care unit?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

EPI/NLS/002L (15-581)

GO TO L64,
NEXT PAGE

L63. How old
was he/she
when that
surgery was
done?

GO TO Q. L64, NEXT PAGE

--	--	--

M
O
N
T
H
S

998

DK

10/98 Ver. 1

For these next questions, please turn again to the blue page in your interview guide. Thinking about types of medications _____ (INDEX CHILD) _____ may have taken, did he/she ever take any of the following medications before (REF DATE) _____?

REPEAT Q. L64-L69 FOR EACH BLOOD PRESSURE MEDICATION, UP TO 2 TIMES

L64. Blood pressure medication? (Did he/ she take any **other** blood pressure medications?)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L65. What was the name of the medication?

--	--	--	--	--	--

L66. What was the reason or condition for which he/she took this medication?

--	--	--	--	--	--

L67. How old was he/she when he/she **first** took this medication?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L68, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. L70,
PAGE 18

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L68. For how long did he/she take this medication?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L69. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L70, NEXT PAGE

BEFORE (REF DATE)
DID _____ (INDEX CHILD) _____ EVER TAKE

REPEAT Q. L170- L75 FOR EACH HEART MEDICATION, UP TO 2 TIMES

L70. Any other heart medication? (Did he/she take any **other** heart medications?)

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L71. What was the name of the medication?

L72. What was the reason or condition for which he/she took this medication?

L73. How old was he/she when he/she **first** took this medication?
 MONTHS

998 DK
999 REF
GO TO Q. L74, NEXT PAGE

GO TO Q. L76,
PAGE 20

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS BEFORE (REF DATE), WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L74. For how long did he/she take this medication?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L75. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY OR

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L76, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS BEFORE (REF DATE), WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

REPEAT Q. L76-L82 FOR EACH MEDICATION/ REMEDY, UP TO 3 TIMES

L76. Antihistamines or allergy remedies for at least 5 days in a row? (Did he/she take any **other** antihistamines or allergy remedies for at least 5 days in a row?)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L77. What was the name of the medication?

L78. What was the reason or condition for which he/she took this medication?

L79. Was it prescribed by a doctor?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L80. How old was he/she when he/she took this medication?
 MONTHS

998 DK
999 REF

GO TO Q. L81, NEXT PAGE

GO TO Q. L83,
PAGE 22

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY
HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING
MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT
(REF AGE) YEARS OLD?

L81. For how long did he/she take this medication?

DAYS OR

WEEKS

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L82. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY OR

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L83. NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

REPEAT Q. L83-L88 FOR EACH THYROID MEDICATION, UP TO 2 TIMES

L83. Thyroid medication? (Did he/she take any **other** thyroid medication?)

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

L84. What was the name of the medication?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L85. What was the reason or condition for which he/she took this medication?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L86. How old was he/she when he/she **first** took this medication?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L87, NEXT PAGE

GO TO Q. L89.
PAGE 24

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L87. For how long did he/she take this medication?

--	--	--	--

 DAYS

--	--

 WEEKS

--	--

 MONTHS OR

--	--

 YEARS

9998 DK

9999 REF

L88. How frequently did he/she take them?

--	--

 TIMES A DAY OR

--	--

 TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L89, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

REPEAT Q. L89-L94 FOR EACH HORMONE, UP TO 2 TIMES

L89. Hormones, such as insulin, birth control pills, growth hormone, or estrogen?
Dis he/she take any **other** hormones?

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L90. What was the name of the medication?

L91. What was the reason or condition for which he/she took this medication?

L92. How old was he/she when he/she **first** took this medication?
 MONTHS
998 DK
999 REF
GO TO Q. L93, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. L95,
PAGE 26

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY
HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING
MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT
(REF AGE) YEARS OLD?

L93. For how long did he/she take this medication?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L94. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L95, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

REPEAT Q. L95-L100 FOR EACH IMMUNOSUPPRESSANT OR STEROID, UP TO 4 TIMES

L95. Immunosuppressants or steroids, for example, cortisone, prednisone, or any others, such as those listed on the blue page of your guide? (Did he/she take any **other** immunosuppressants or steroids?)

I YES →

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO Q. L101,
PAGE 28

L96. What was the name of the medication? _____

--	--	--	--	--	--

L97. What was the reason or condition for which he/she took this medication?

--	--	--	--	--

L98. How old was he/she when he/she **first** took this medication?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L99. NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L99. For how long did he/she take this medication?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L100. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L101, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

[IF REF AGE LESS THAN 2 YEARS, GO TO Q. L107, PAGE 30]

REPEAT Q. L101-1,106 FOR EACH MEDICATION, UP TO 2 TIMES

L101. Ritalin or other medications to control hyperactivity? (Did he/she take any **other** medications to control hyperactivity?)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L102. What was the name of the medication?							
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
L103. What was the reason or condition for which he/she took this medication?							
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
L104. How old was he/she when he/she first took this medication?							
<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				MONTHS			
998	DK						
999	REF						
GO TO Q. L105, NEXT PAGE							

↓
GO TO Q. L107.
PAGE 30

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L105. For how long did he/she take this medication?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L106. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY OR

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L107, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L107. Chemotherapy drugs?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO Q. L113.
PAGE 32

L108. What was the name of the medication? _____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
L109. What was the reason or condition for which he/she took this medication? _____ _____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
L110. How old was he/she when he/she first took this medication? <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> MONTHS							
998 DK							
999 REF							
GO TO Q. L111, NEXT PAGE							

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY
HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING
MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT
(REF AGE) YEARS OLD?

L111. For how long did he/she take this medication?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L112. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY OR

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L113, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

REPEAT Q. L113-L118 FOR EACH DRUG, UP TO 2 TIMES

L113. Dilantin or other anti-seizure medications? (Did he/she take any **other** anti-seizure medications?)

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

L114. What was the name of the medication?

--	--	--	--	--	--	--	--

L115. What was the reason or condition for which he/she took this medication?

--	--	--	--	--	--	--	--

L116. How old was he/she when he/she **first** took this medication?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L117, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. L119,
PAGE 34

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L117. For how long did he / she take this medication?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L118. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY OR

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L119, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

REPEAT Q. L119-L125 FOR EACH SEDATIVE/TRANQUILIZER/SLEEPING PILL, UP TO 2 TIMES

L119. Sedatives, tranquilizers, or sleeping pills? (NOT INCLUDING THOSE TAKEN BECAUSE OF A SURGERY) (Did he/she take any **other** sedatives, tranquilizers, or sleeping pills?)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L120. What was the name of the medication?

--	--	--	--	--	--	--	--

L121. What was the reason or condition for which he/she took this medication?

--	--	--	--	--	--	--	--

L122. Was it prescribed by a doctor?
1 YES
5 NO
8 DK
9 REF

L123. How old was he/she when he/she **first** took this medication?

--	--	--

 MONTHS
998 DK
999 REF
GO TO Q. L124, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. L126,
PAGE 36

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L124. For how long did he/she take this medication?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L125. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY OR

TIMES A WEE

98 DK

99 REF

GO TO Q. L126, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS BEFORE (REF DATE), WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

REPEAT Q. L126-L131 FOR EACH SUPPLEMENT, UP TO 2 TIMES

L126. Multivitamin supplements? (Did he/she take any **other** multivitamin supplements?)

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

L127. What was the reason or condition for which he/she took that?

--	--	--	--	--

L128. Was that prescribed by a doctor?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

L129. How old was he/she when he/she **first** took that?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L130, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. L132.
PAGE 38

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L130. For how long did he/she take that?

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

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

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

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

9998 DK

9999 REF

L131. How frequently did he/she take them?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	TIMES A DAY
----------------------	----------------------	-------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	TIMES A WEEK
----------------------	----------------------	--------------

98 DK

99 REF

GO TO Q. L132, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE** (REF DATE), WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L132. Zinc supplements, other than what is in a multivitamin?

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

L133. What was the reason or condition for which he/she took that?

--	--	--	--	--

L134. Was that prescribed by a doctor?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

L135. How old was he/she when he/she **first** took that?

--	--	--

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L136, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. L138.
PAGE 40

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L136. For how long did he/she take that?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L137. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY OR

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L138, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L138. Vitamin C supplements? Again, this would not include what's in a multivitamin.

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

L1.39. What was the reason or condition for which he/she took that?

--	--	--	--	--

L140. Was that prescribed by a doctor?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

L141. How old was he/she when he/she **first** took that?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L142, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. L144,
PAGE 42

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L142. For how long did he/she take that?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L143. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY OR

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L144, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L144. Iron supplements, other than what's in a multivitamin? (DOES **NOT** INCLUDE IRON SUPPLEMENTED FORMULA)

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

L145. What was the reason or condition for which he/she took that?

--	--	--	--	--

L146. Was that prescribed by a doctor?

1 YES

5 NO

8 DK

9 REF

L147. How old was he/she when he/she **first** took that?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L148, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. L150.
PAGE 44

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L148. For how long did he/she take that?

DAYS OR

WEEKS OR

MONTHS OR

YEARS

9998 DK

9999 REF

L149. How frequently did he/she take them?

TIMES A DAY OR

TIMES A WEEK

98 DK

99 REF

GO TO Q. L150, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L150. Did he/she **ever** take any antibiotics?

1 YES →

L151. How many different times were antibiotics prescribed between birth and (AGE 4 OR AGE AS OF THE REF DATE IF LESS THAN 4)?

--	--

TIMES PRESCRIBED

[IF 00 GO TO Q. 153, NEXT PAGE]

5 NO

98 DK

8 DK

99 REF

9 REF

L152. What were the reasons those were prescribed?

_____ A.

--	--	--	--	--	--

_____ B.

--	--	--	--	--	--

_____ C.

--	--	--	--	--	--

_____ D.

--	--	--	--	--	--

_____ E.

--	--	--	--	--	--

↓
GO TO Q. L159,
PAGE 50

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L153. How many different times were antibiotics prescribed between ages 5 to (9 OR AGE AS OF THE REF DATE IF LESS THAN 9)?

--	--

TIMES PRESCRIBED

[IF 00 GO TO Q. 155, NEXT PAGE]

98 DK

99 REF

L154. What were the reasons he/she was prescribed those?

A.							

B.							

C.							

D.							

E.							

GO TO Q. L155, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L155. How many different times were antibiotics prescribed between ages 10 and (14 OR AGE AS OF THE REF DATE IF LESS THAN 14)?

--	--

 TIMES PRESCRIBED

[IF 00 GO TO Q. 157, NEXT PAGE]

98 DK

99 REF

L156. What were the reasons he/she was prescribed those?

--	--	--	--	--	--	--	--

A.

--	--	--	--	--	--	--	--

B.

--	--	--	--	--	--	--	--

C.

--	--	--	--	--	--	--	--

D.

--	--	--	--	--	--	--	--

E.

GO TO Q. L157, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L157. How many different times were antibiotics prescribed between ages 14 and (19 OR AGE AS OF THE REF DATE IF LESS THAN 19)?

--	--

TIMES PRESCRIBED

[IF OO GO TO Q. 159, NEXT PAGE]

98 DK

99 REF

L158. What were the reasons he/she was prescribed those?

_____ A.

--	--	--	--	--	--	--

_____ B.

--	--	--	--	--	--	--

_____ C.

--	--	--	--	--	--	--

_____ D.

--	--	--	--	--	--	--

_____ E.

--	--	--	--	--	--	--

GO TO 9. L159, NEXT PAGE

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

REPEAT Q. L159-L164 OR EACH REMEDY/TREATMENT/SUPPLEMENT, UP TO 3 TIMES

L159. Any (**other**) alternative holistic or herbal remedies, treatments, or supplements?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L160. What was it that he/ she took?

L161. What was the reason or condition for which he/she took that?

L162. How old was he/she when he/she **first** took that?

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L163, NEXT PAGE

GO TO Q. L165,
PAGE 50

THINKING ABOUT THE TYPES OF MEDICATIONS (INDEX CHILD) MAY HAVE TAKEN, DID HE/SHE EVER TAKE ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS **BEFORE (REF DATE)**, WHEN HE/SHE WAS ABOUT (REF AGE) YEARS OLD?

L163. For how long did he/she take this medication?

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

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

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

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

9998 DK

9999 REF

L164. How frequently did he/she take them?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	TIMES A DAY	OR
----------------------	----------------------	-------------	----

<input type="text"/>	<input type="text"/>	TIMES A WEEK
----------------------	----------------------	--------------

98 DK

99 REF

GO TO Q. L165, NEXT PAGE

The next questions are about some products used in or around your house or apartment that (INDEX CHILD) may have been exposed to. Please turn again to the pink page in your interview guide.

L165. Before (REF DATE) , when he/she was about (REF AGE), did he/she ever come in contact with products used to control household insects, such as Raid, Black Flag bug spray, Ortho Hornet and Wasp Killer, no-pest strips, ant traps, or roach baits? This would include having the product in the living areas of your home, or the child being close enough to smell it. (HANDLED BY THE CHILD)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L166. How many times would you say he/she came in contact with these products? (THIS WOULD INCLUDE THE PRODUCT BEING HANDLED BY THE CHILD, HAVING IT IN THE LIVING AREAS OF YOUR HOME, OR THE CHILD BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT)

TIMES

97 HAVE PRODUCTS AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK

99 REF

L167. How old was he/she when he/she first came in contact with these products?

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L168, NEXT PAGE

GO TO Q. L168,
NEXT PAGE

L168.. And before (REF DATE) , did he/she ever come in contact with products used to control moths, such as mothballs? This would include wearing or handling clothes that had been stored in mothballs.

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L169. How many times would you say he/she came in contact with this product? (THIS WOULD INCLUDE WEARING OR HANDLING CLOTHES THAT HAD BEEN STORED IN MOTHBALLS)

--	--

 TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK

99 REF

L170. How old was he/she when he/she first came in contact with this product?

--	--	--

 MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L171, NEXT PAGE

↓
GO TO Q. L171,
NEXT PAGE

BEFORE _____ (REF DATE) _____, WHEN HE/SHE WAS
ABOUT (REF AGE) DID HE/SHE EVER
COME IN CONTACT

L171. With products used around the home to control mice, rats, gophers, or moles, such as D-Con or Warfarin? (THIS WOULD INCLUDE THE PRODUCT BEING HANDLED BY THE CHILD, HAVING IT IN THE LIVING AREAS OF YOUR HOME, OR THE CHILD BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT.)

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L172. How many times would you say he/she came in contact with these products? (THIS WOULD INCLUDE THE PRODUCT BEING HANDLED BY THE CHILD, HAVING IT IN THE LIVING AREAS OF YOUR HOME, OR THE CHILD BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT.)

--	--

TIMES

97 HAVE PRODUCTS AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK

99 REF

L173. How old was he/she when he/she first came in contact with these products?

--	--	--

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L174, NEXT PAGE

GO TO Q. L174,
NEXT PAGE

BEFORE _____ (REF DATE) _____, WHEN HE/SHE WAS
ABOUT (REF AGE) DID HE/SHE EVER
COME IN CONTACT

L174. With products used around the home to control fleas or ticks, such as Holiday, Four-Gone Foggers, or flea collars for pets? (THIS WOULD INCLUDE THE PRODUCT BEING HANDLED BY THE CHILD, HAVING IT IN THE LIVING AREAS OF YOUR HOME, OR THE CHILD BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT.)

- 1 YES →
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L175. How many times would you say he/she came in contact with these products? (THIS WOULD INCLUDE THE PRODUCT BEING BEING HANDLED BY THE CHILD, HAVING IT IN THE LIVING AREAS OF YOUR HOME, OR THE CHILD BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT.)

--	--

 TIMES

- 97 HAVE PRODUCTS AROUND ALWAYS/USUALLY
- 98 DK
- 99 REF

L176. How old was he/she when he/she first came in contact with these products?

--	--	--

 MONTHS

- 998 DK
- 999 REF

GO TO Q. L177, NEXT PAGE

GO TO Q. L177,
NEXT PAGE

L177. Before _____ (REF DATE) _____, when he/she was about (REF AGE), did he/she ever come in contact with home or garden products used around the house or apartment, such as dandelion killers, crabgrass killers, slug or snail baits, or treatments for plant and tree insects or diseases? This would include handling the product, being close enough to smell it, or walking on grass within three days of treatment.

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO g. L180.
NEXT PAGE

L178. How many times would you say he/she came in contact with these products? (THIS WOULD INCLUDE THE CHILD BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL IT OR BEING ON GRASS WITHIN THREE DAYS OF TREATMENT.)

--	--

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK

99 REF

L179. How old was he/she when he/she first came in contact with these products?

--	--	--

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L180, NEXT PAGE

L180. How about insect repellants, such as Off or other products listed on the pink page? (SKIN CONTACT)

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

L181. How many times would you say he/she came in contact with these products? (SKIN CONTACT)

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

97 HAVE PRODUCTS AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK

99 REF

L182. How old was he/she when he/she first came in contact with these products?

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

998 DK

999 REF

GO TO Q. L183, NEXT PAGE

GO TO Q. L183,
NEXT PAGE

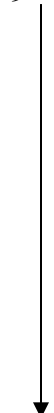
L183. Was your home ever treated by exterminators from the time he/she was born until (REF DATE)? (TREATED BY PROFESSIONAL OR SELF.)

I YES →

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO
Q. L186.
NEXT PAGE

L184. How many times was that done?

A. TIMES TREATED

98 DK

99 REF

L185. How old was _____ (INDEX CHILD) _____ the first
time he/she would have been exposed to that?

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L186, NEXT PAGE

L186. Did _____ (INDEX CHILD) _____ come in contact with any paints, stains, or lacquers? This would include being in the area where paint was used or being close enough to smell the paint, but it does not include paints typically used by small children.

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF



GO TO
Q. L189,
NEXT PAGE

L187. About how many times (DAYS) would you say he/she came in contact with these products? (THIS WOULD INCLUDE BEING IN THE AREA WHERE PAINT WAS USED OR BEING CLOSE ENOUGH TO SMELL THE PAINT, BUT IT DOES NOT INCLUDE PAINTS TYPICALLY USED BY SMALL CHILDREN.)

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK

99 REF

L188. How old was he/she when he/she first came in contact the with these products?

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO Q. L189, NEXT PAGE

L189. Did he/she come in contact with any petroleum products, such as gasoline, kerosene, lubricating oils, or spot removers? (SKIN CONTACT) (DOES NOT INCLUDE VASELINE.)

1 YES →

5 NO

8 DK

9 REF

L190. About how many times would you say he/she came in contact with these products? (SKIN CONTACT)

TIMES

97 HAVE PRODUCT AROUND ALWAYS/USUALLY

98 DK

99 REF

L191. How old was he/she when he/she first came in contact the with these products?

MONTHS

998 DK

999 REF

GO TO SECTION M

↓
GO TO
SECTION M

NEW LEADS
LEUKEMIA AND DOWN SYNDROME STUDY
SECTION M

And the next questions are about you.

M1. On what date were you born?

--	--	--	--	--	--

MO

DA

YR

98 DK

99 REF

M2. In what state or country were you born?

--	--	--

M3. What is the highest grade or level of school that you have completed? (DO NOT READ CHOICES)

1 LESS THAN 8 YEARS

2 8 TO 11 YEARS

3 HIGH SCHOOL GRADUATE

4 POST HIGH SCHOOL VOCATIONAL OR BUSINESS SCHOOL

5 SOME COLLEGE BUT NO DEGREE

6 COLLEGE GRADUATE

7 ADVANCED DEGREE

9 REF

M4. Which of the following best describes you? (READ CHOICES)

- 1 White, not of Hispanic origin,
- 2 African-American or Black, not of Hispanic origin,
- 3 Hispanic,
- 4 Native American Indian -or Alaskan Native,
- 5 Asian, Asian-American, or Pacific Islander,
- 6 Or something else, SPECIFY: _____
- 8 DK
- 9 REF

M5. And which of the following best describes _____ (INDEX'S) _____ father?
(READ CHOICES)

- 1 White, not of Hispanic origin,
- 2 African-American or Black, not of Hispanic origin,
- 3 Hispanic.
- 4 Native American Indian or Alaskan Native,
- 5 Asian. Asian-American. or Pacific Islander,
- 6 Or something else, SPECIFY: _____
- 8 DK
- 9 REF

M6. Are you currently (READ CHOICES)

- 1 Married,
- 2 Living with someone in a marriage-like relationship,
- 3 Separated,
- 4 Divorced,
- 5 Widowed, or
- 6 Have you never been married?
- 9 REF

M7. Are you and _____ (INDEX CHILD) _____'s father related by blood in any way?

- 1 YES
- 5 NO
- 8 DK
- 9 REF

M8. What relationship is that?

GO TO Q. M9, CHECKPOINT, BELOW

M9. CHECKPOINT

- 1 REFERENCE AGE IS ONE YEAR OR MORE AFTER BIRTH, GO TO M10, BELOW
- 5 REFERENCE AGE IS LESS THAN ONE YEAR AFTER BIRTH. GO TO M11A, NEXT PAGE

M10. From the time (INDEX CHILD) _____ was born, until he/she was about (REFERENCE AGE) _____ how many residences has he/she lived in?

		RESIDENCE
--	--	-----------

- 98 DK
- 99 REF

M11. Was _____ (INDEX CHILD) _____ born in a city, a suburban area, a small town, or a farming area?

- 1 CITY
- 3 SUBURBAN AREA
- 5 SMALL TOWN
- 7 FARMING AREA
- 8 DK
- 9 REF

M12. CHECKPOINT

1 REFERENCE AGE IS ONE YEAR OR MORE AFTER BIRTH, GO TO M13, BELOW

5 REFERENCE AGE IS LESS THAN ONE YEAR AFTER BIRTH, GO TO M14,
NEXT PAGE

M13. Would you say the area (INDEX CHILD) lived in prior to
 (REFERENCE DATE) was primarily a city, a suburban area, a
small town, or a farming area?

1 CITY

3 SUBURBAN AREA

5 SMALL TOWN

7 FARMING AREA

8 DK

9 REF

M14. At the time you became pregnant with (INDEX CHILD) _____ were you living in a single family home, mobile home, duplex or building with 2 to 4 units, a building with 5 to 10 units, a building with more than 10 units or some other type of housing?

- 1 SINGLE FAMILY HOME
- 2 MOBILE HOME
- 3 DUPLEX OR BUILDING WITH 2-4 UNITS
- 4 BUILDING WITH 5-10 UNITS
- 5 A BUILDING WITH MORE THAN 10 UNITS
- 6 SOME OTHER TYPE OF HOUSING
- 8 DK
- 9 REF

M15. And during (REF YEAR _____), were you living in a single family home, mobile home, duplex or building with 2 to 4 units, a building with 5 to 10 units, a building with more than 10 units or some other type of housing?

- 1 SINGLE FAMILY HOME
- 2 MOBILE HOME
- 3 DUPLEX OR BUILDING WITH 2-4 UNITS
- 4 BUILDING WITH 5-10 UNITS
- 5 A BUILDING WITH MORE THAN 10 UNITS
- 6 SOME OTHER TYPE OF HOUSING
- 8 DK
- 9 REF

M16. In the year (INDEX CHILD) was **born**, was your total household income (READ CHOICES)

- 1 Up to \$10,000,
- 2 More than \$10,000, up to \$20,000,
- 3 More than \$20,000, up to \$30,000,
- 4 More than \$30,000, up to \$40,000,
- 5 More than \$40,000, up to \$50,000,
- 6 More than \$50,000, up to \$75,000,
- 7 Or more than \$75,000?
- 8 DK
- 9 REF

M17. How many people were supported by that income, including your children at that time? (INCLUDES INDEX CHILD)

		PEOPLE
--	--	--------

- 98 DK
- 99 REF

SKIP IF REF YEAR ≤ BIRTH YEAR

M18. And **during (REF YEAR)** _____ was your total household income (READ CHOICES)

- 1 Up to \$10,000,
- 2 More than \$10,000, up to \$20,000,
- 3 More than \$20,000, up to \$30,000,
- 4 More than \$30,000, up to \$40,000,
- 5 More than \$40,000, up to \$50,000,
- 6 More than \$50,000, up to \$75,000,
- 7 Or more than \$75,000?
- 8 DK
- 9 REF

M19. How many people were supported by that income?

--	--

PEOPLE

98 DK

99 REF

CASE ONLY _____ GO TO Q. M20, NEXT PAGE

ALL OTHERS, CONTINUE ON

INTERVIEW TERMINATION

INTERVIEWER INSTRUCTION: (IS OCCUPATIONAL HISTORY FORM COMPLETE?)

Okay, those are all the questions I have for you. Thank you so much for your time. The last thing I'd like to do is arrange to interview _____ (CHILD) _____'s father.

M20. Other than the number I called you at today, are there other telephone numbers that reach this household?

1 YES →

5 NO

9 REF

M21. Could I just get those phone numbers so we can pull them from our list.

AREA CODE

9 REF _____ GO TO OCCUPATIONAL HISTORY FORM

M22. Is this a business or a residential number?

1 BUSINESS ONLY

3 RESIDENTIAL

5 OTHER (FAX, COMPUTER, CELL PHONE)

9 REF

M23. And is there another phone number for this household?

1 YES →

5 NO

9 REF

M24. WHAT IS THAT?

AREA CODE

9 REF

M25. And is that a business or a residential number?

1 BUSINESS ONLY

3 RESIDENTIAL

5 OTHER (FAX, COMPUTER, CELL PHONE)

9 REF

GO TO Q. M26, NEXT PAGE

GO TO TERMINATION, NEXT PAGE

GO TO TERMINATION, NEXT PAGE

M26. Is there any other phone number that reaches this household?

1 YES →

5 NO

9 REF

GO TO TERMINATION, BELOW

M27. WHAT IS THAT?

AREA CODE

9 REF

M28. And is that a business or a residential number?

1 BUSINESS ONLY

3 RESIDENTIAL

5 OTHER (FAX, COMPUTER, CELL PHONE)

9 REF

GO TO TERMINATION, BELOW

INTERVIEW TERMINATION

INTERVIEWER INSTRUCTIONS:

(IS OCCUPATIONAL HISTORY FORM COMPLETE?)

(DO WE NEED FATHER INFORMATION?)

Okay, those are all the questions I have for you. Thank you so much for your time. The last thing I'd like to do is arrange to interview _____ (CHILD) _____'s father.

**New LEADS Study
Status (5/24/2001)**

Leukemia/Down Syndrome Cases

120 active with DCSS

18 ineligible

2 not Down Syndrome

1 biological mother not available

12 language ineligible

3 refusals

102 eligible cases

Mothers Instrument

75 mother interviews complete

Dads Instrument

59 father interviews completed

-52 completed with father

-7 completed with surrogate

Down Syndrome Controls

85 Controls set up with DCSS

Mothers Instrument

63 mother interviews complete

4 language ineligibles

Dads Instrument

49 dad interviews complete

-44 completed with father

-5 completed with surrogate

Random Melt Dial Controls

108 matches/3516 numbers screened

Mothers Instrument

41 mother interviews complete

Dads Instrument

32 dad interviews complete

-25 completed with father

-7 completed with surrogate

Closed or Temporarily Closed RDD Controls

15 refusal, family replaced

14 coded 80, screening for another ease-



**Control Selection Matrix
Status Report 5/24/01**

FREQUENCY MATRIX FOR CONTROL SELECTION IN DOWN SYNDROME-LEUKEMIA STUDY

DIAGNOSIS YEARS	AGE				
	1-3	4-6	7-10	11-14	15-18
97	5	35	15	5	3
98	5	35	15	4	4
99	5	35	15	5	4
•00	5	35	15	4	4
A 01	5	35	15	5	
TOTAL	25	175	75	23	18

* These numbers should be randomly distributed throughout any of the diagnosis year categories

● - As of January 25, 2001 the RDD and Down syndrome control matrix (15-18) cell was opened for an additional 2 cases based on case accrual thus far.

DS Controls	RDD Controls (selected)
	2
2	<u>32</u>
	35
	1



Down syndrome with Leukemia

Down syndrome children are at an approximate 20-fold increased risk of developing leukemia compared to the general population. The principal AIMS:

1) investigation of in utero, postnatal, and parental exposures in children with Down syndrome-leukemia compared to Down syndrome children without leukemia.

2) investigation of prenatal exposures in parents of children with Down syndrome compared to parents of children without Down syndrome.

Background:

Down syndrome: Trisomy 21

Epi of Down Syndrome:

Advanced maternal age, (after age 30 or less than 20 years old);

Paternal age (under 20 years, >50);

Maternal occupation: not enough study;

Paternal occupation: not enough study;

maternal cigarette smoking: maybe slightly decreased risk of Down syndrome, need more study especially the smoking relate to fetal loss.

Contraception: spermicide use may increase of risk, Oral Contraceptives (OC) need to be studied.

Radiation: the results is highly variables.

Maternal Thyroid Autoimmunity: maybe associated

Alzheimer's disease: maybe associated

Other associations: space and time clustering of Down syndrome, marked increased incidence of leukemia in children with Down syndrome.

Down syndrome and leukemia:

10% In 95 children with Down syndrome will eventually develop leukemia.

Children with Down syndrome and AML are significantly younger than children with AML without Down syndrome, no substantial differences for ALL

Vast majority of Down syndrome children will never develop leukemia --- other factors in addition to an extra copy of chromosome 21 that play a role:

1. investigation of medical treatments.
2. investigation of infection susceptibility.
3. investigation of dietary deficiencies: more prone to vitamin and mineral deficiencies, such as zinc deficient
4. investigation of childhood leukemia risk factors.

Summary: overexpression of gene on chromosome 21 may be responsible for leukemia, at least AML-1 which is found in the area of the Down syndrome phenotype has been associated with childhood leukemia. However, only 1% of Down syndrome develop leukemia, so subsequent environmental exposures could be responsible for additional abnormalities leading to frank leukemia in Down syndrome.

Research design and methods:

152 Down syndrome-leukemia cases and 304 Down syndrome controls, 304 non-Down syndrome regional control are randomly selected matching by region, age, and race.

selection: Down syndrome and leukemia ...

1111

Down syndrome controls: know the primary physicians -- provide a list of all Down syndrome children including only date of birth, sex and race of the Down syndrome child. If can not find 2 con



trots from the roster, use Down syndrome control rosters within the state, if not from the neighboring state.

Non-down syndrome controls: random-digit dialing to providing a case-control ration of 1:2. ask whether has under 19 children, if more than one, random one, filled out the expected frequency matrix of age and race. After the majority of the cells in the expected frequency matrix are filled, age and race will be added to the screening question to obtain controls for the age-race specific cells that not filled.

Data to be collected:

1. basic demographic data: age, sex, race, marital status, education, income and occupation.
2. preconception exposuresL parental exposures within six months of conception.
3. Reproductive history
4. occupational exposure assessment.
5. family medical history.
6. maternal diet during pregnancy: telephone interview and mailed questionnaire.
7. Post-natal exposures of index child and parents.
8. Validation information
9. Clinical data
10. Cytogenetic data

Data Processing and Quality Checks: all closed-ended questions will be precoded in the booklet and coded during or immediately after the interview.

Sample Size and Power Considerations:

overall cases, ALL, AML cases, ALL versus AML cases
Down syndrome cases versus controls

/Alla analysis:



Cuestionario del estudio ESCALE

Questionnaire Escale

■ C2 (quantité)

Numéro d'Inter

■ C3 (quantité)

Code Enquêteur

■ C4 (quantité)

Date

» Jour
» Mois
» Année

■ C5 (quantité)

Heure Début Carnet de Route

» Heure
» Minute
» Seconde

■ C6 (quantité)

Heure Fin Carnet de Route/Début Quest.

» Heure
» Minute
» Seconde

■ C7 (quantité)

Heure Fin Questionnaire

» Heure
» Minute
» Seconde

■ C8 (ouverte)

Nom Enquêteur

■ C27 (ouverte)

NUMERO DE TELEPHONE

■ C29 (exclusive)

REGION UDA

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

6	6
7	7
8	8
9	9
10	10

■ C33 (exclusive)

IT1.1 Etes-vous un membre du foyer dans lequel j'appelle ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ C34 (exclusive)

IT1.2 Pourrais-je parler à un membre du foyer ?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | oui |
| 2 | Non absent |
| 3 | Non absent longue durée |

■ C35 (exclusive)

IT2 Y a-t-il dans votre foyer des enfants de 0 à 14 ans ?

- | | |
|---|-------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |
| 3 | Refus |

■ C36 (exclusive)

IT3 Pourrais-je parler à la mère de famille ?

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | Oui c'est moi |
| 2 | Oui, je vous la passe |
| 3 | Non pas de mère de famille |
| 4 | Non mère de famille absente |

■ C37 (exclusive)

IT4 Je vous appelle bien dans votre résidence principale ?

- | | |
|---|---|
| 1 | Oui |
| 2 | Non mais la résidence principale se trouve dans le même département |
| 3 | Non la résidence principale se trouve hors du département |

■ C38 (quantité)

IT5 Combien d'enfants avez-vous entre 0 et 14 ans ?

--	--

■ C50 (exclusive)

...a-t-il (elle) été adopté ?

1	Oui
2	Non

■ C51 (exclusive)

Q1C Etes-vous sa mère biologique ?

1	Oui
2	Non (STOP INTERVIEW)

■ C52 (exclusive)

Afin de faciliter la passation du questionnaire, pouvez-vous munir du carnet de santé de

1	Suite avec carnet de santé
2	Suite sans carnet de santé
3	RDV

■ C56 (exclusive)

est-il (elle) bien né(e) le ... ?

1	Oui
2	Non

■ C57 (quantité)

Quelle est sa date de naissance ?

» Jour |_|_|_|_|
» Mois |_|_|_|_|
» An |_|_|_|_|

■ C58 (quantité)

RECOD AGE

|_|_|, |_|

■ C59 (quantité)

Q4_1 Quel est son lieu de naissance ? Code postal (ou à défaut le département)

» Code postal : |_|_|_|_|_|_|
» Département : |_|_|_|_|_|_|

■ Q61 (ouverte)

Q4_2 Dans quelle commune est né(e) ?

» Commune

--

» Pays

■ Q64 (exclusive)

Q5 Parlons maintenant de votre grossesse.

est-il (elle) né(e) à la date prévue ?

1	Oui
2	Non ---
3	NSP

■ Q65 (quantité)

Q5B Vous souvenez-vous à quelle date l'accouchement était initialement prévu ?

» Jour :

--	--	--	--	--	--

» Mois :

--	--	--	--	--	--

» Année:

--	--	--	--	--	--

■ Q66 (exclusive)

Q6A Cette grossesse a-t-elle été difficile à obtenir (C'est le cas si vous avez mis plus d'un an à concevoir cette grossesse, si vous avez dû consulter un médecin pour cela ou si vous avez dû prendre des médicaments) ?

1	Oui
2	Non

■ Q67 (exclusive)

Q6B Cette grossesse a-t-elle été finalement obtenue spontanément sans aucun traitement ?

1	Oui sans aucun traitement
2	Non avec traitement

■ Q68 (exclusive)

Q6C cette grossesse a-t-elle été obtenue grâce :

1	Oui
2	Non

» à la fécondation in vitro ?	1	2
» à une insémination artificielle avec sperme du conjoint ?	1	2
» à une insémination artificielle avec sperme d'un donneur?	1	2
» à des médicaments pour provoquer ou stimuler votre ovulation (plusieurs comprimés ou	1	2

injections pendant le cycle qui a abouti à la grossesse) ?

■ Q69 (exclusive)

Q7 Au cours de votre GROSSESSE avez-vous subi des examens radiologiques (autre que des échographies) ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q70 (exclusive)

Q7_1 Avez-vous eu les examens radiologiques suivants ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

- | | | |
|--|---|---|
| » radiopelvimétrie (radio du bassin) | 1 | 2 |
| » radio ou scanner du thorax (ou poumons) | 1 | 2 |
| » radio ou scanner abdomen (abdomen sans préparation ou ASP) | 1 | 2 |
| » radio ou scanner des reins (urographie intraveineuse ou UIV) | 1 | 2 |
| » radio des dents | 1 | 2 |
| » radio des os | 1 | 2 |

■ Q71 (quantité)

Q7_2 Combien de fois ?

- | | |
|--|--------|
| » radiopelvimétrie | ▬▬▬▬▬▬ |
| » radio ou scanner du thorax (ou poumons) | ▬▬▬▬▬▬ |
| » radio ou scanner abdomen (abdomen sans préparation ou ASP) | ▬▬▬▬▬▬ |
| » radio ou scanner des reins (urographie intraveineuse ou UIV) | ▬▬▬▬▬▬ |
| » radio des dents | ▬▬▬▬▬▬ |
| » radio des os | ▬▬▬▬▬▬ |

■ Q72 (quantité)

Q7_4A A quel mois de grossesse a eu lieu.... (1 er examen) ?

- | | |
|---|---|
| » radiopelvimétrie (radio du bassin) | ▬ |
| » radio ou scanner du thorax (ou poumons) | ▬ |
| » radio ou scanner abdomen (abdomen sans préparation ou | ▬ |

- ASP)
- » radio ou scanner des reins
- (urographie intraveineuse ou
- UIV)
- » radio des dents
- » radio des os

■ Q73 (quantité)

Q7_4B A quel mois de grossesse a eu lieu (2 ème examen) ?

- » radiopelvimétrie
- » radio ou scanner du thorax (ou
- poumons)
- » radio ou scanner abdomen
- (abdomen sans préparation ou
- ASP)
- » radio ou scanner des reins
- (urographie intraveineuse ou
- UIV)
- » radio des dents
- » radio des os

■ Q74 (quantité)

Q7_4C A quel mois de grossesse a eu lieu (3 ème examen) ?

- » radiopelvimétrie
- » radio ou scanner du thorax (ou
- poumons)
- » radio ou scanner abdomen
- (abdomen sans préparation ou
- ASP)
- » radio ou scanner des reins
- (urographie intraveineuse ou
- UIV)
- » radio des dents
- » radio des os

■ Q75 (exclusive)

Q8 Au cours de votre GROSSESSE avez-vous eu l'une ou plusieurs des maladies suivantes ?

- | | |
|---|---------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non --- |
| 3 | Nsp |

- | | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| » "Vraie" grippe qui a été diagnostiquée par un medecin | 1 | 2 | 3 |
| » herpès labial (des lèvres) | 1 | 2 | 3 |
| » Herpès génital | 1 | 2 | 3 |
| » Autres herpès | 1 | 2 | 3 |
| » Toxoplasmose | 1 | 2 | 3 |
| » Rubéole | 1 | 2 | 3 |
| » Rougeole | 1 | 2 | 3 |
| » Varicelle / Zona | 1 | 2 | 3 |
| » Hépatite A | 1 | 2 | 3 |
| » Hépatite B | 1 | 2 | 3 |
| » Autre hépatite | 1 | 2 | 3 |

■ Q76 (quantité)

Q8_3 ...à quel mois de grossesse s'est-elle déclarée ?

- » "Vraie" grippe qui a été diagnostiquée par un medecin
- » herpès labial (des lèvres)
- » Herpes génital
- » Autres herpes
- » Toxoplasmose
- » Rubéole
- » Rougeole
- » Varicelle / Zona
- » Hépatite A
- » Hépatite B
- » Autre hepatite

■ Q77 (exclusive)

Avez-vous ... ?

- | | |
|-------|-------------------------------|
| 1 | Oui |
| 2 | Oui, mais de façon incomplète |
| 3 | Non |
| ----- | |
| 4 | NSP |

- » ... été vaccinée contre l'hépatite B avant votre grossesse ?
- » ... eu une hépatite B avant votre grossesse ?
- » ... eu un dépistage de l'hépatite B avant la naissance de... ?
- » Ce dépistage a-t-il été positif ?

1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4
1	2	3	4

■ Q78 (multiple)

Pendant votre grossesse, avez-vous pris les médicaments suivants contre des douleurs de type migraines, coliques néphrétiques, coliques hépatiques, etc. ?

- | | |
|---|--|
| 1 | AVAFORTAN A LA NORAMIDOPYRINE |
| 1 | CEFALINE PYRAZOLE A LA NORAMIDOPYRINE (poudre) |
| 1 | NARONE |
| 1 | NOVALGINE NORAMIDOPYRINE |
| 1 | OPTALIDON A LA NORAMIDOPYRINE |

- | | |
|---|---|
| 1 | SALGYDAL NORAMIDOPYRINE |
| 1 | VISCERALGINE FORTE A LA NORAMIDOPYRINE ---
----- |
| 1 | Aucun |

■ Q79 (exclusive)

QY3 : Pendant votre grossesse, avez-vous pris des suppléments vitaminiques ?

- | | |
|---|---------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non --- |
| 3 | NSP |

■ Q80 (exclusive)

QY3.b Avez-vous pris des

Lesquels ?

- | | |
|---|---------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non --- |
| 3 | Nsp |

- » Multivitamines ?
- » Folates ou vitamines B9 ?
- » Vitamine C ?
- » Vitamine D ?
- » d'AUTRES VITAMINES (à préciser)

1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3

■ Q81 (ouverte)

AUTRES VITAMINES

--

■ Q82 (multiple)

QY3.b La prise de

a-t-elle eu lieu ...(citer)

- | | |
|---|--|
| 1 | 1 mois avant la grossesse ? |
| 2 | Au premier trimestre de la grossesse ? |
| 3 | Au second trimestre de la grossesse ? |

- | | |
|---|--|
| 4 | Au troisième trimestre de la grossesse ? ----- |
| 5 | NSP |

- » Multivitamines
- » Folates ou vitamines B9
- » Vitamine C
- » Vitamine D
- » Autre1

1	2	3	4	5
1	1	1	1	1
1	1	1	1	1
1	1	1	1	1
1	1	1	1	1
1	1	1	1	1

■ Q83 (quantité)

Quel était son poids de naissance ? EN GRAMMES

■ Q84 (quantité)

Q9B Quelle était sa taille à la naissance ? EN CM

■ Q85 (exclusive)

Q10A Y a-t-il eu des problèmes de santé particuliers à la naissance de ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q86 (exclusive)

Q10B Votre enfant est-il (elle) (ou était-il (elle)) porteur d'une malformation ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q87 (multiple)

De quelle(s) type(s) de malformation s'agit-il ?

- | | | | |
|---|---------------------|----|---------|
| 1 | Non ----- | 6 | Autre5 |
| | ----- Oui, Laquelle | 7 | Autre6 |
| | ? (Taper inser) | 8 | Autre7 |
| 2 | Autre1 | 9 | Autre8 |
| 3 | Autre2 | 10 | Autre9 |
| 4 | Autre3 | 11 | Autre10 |
| 5 | Autre4 | | |

» Fente labiale ou palatine (bec de lièvre)	1 1 6 1 11 1	2 1 7 1	3 1 8 1	4 1 9 1	5 1 10 1
» Malformation de l'oeil	1 1 6 1 11 1	2 1 7 1	3 1 8 1	4 1 9 1	5 1 10 1
» Autre malformation de la face	1 1 6 1 11 1	2 1 7 1	3 1 8 1	4 1 9 1	5 1 10 1
» Malformation du tube digestif	1 1 6 1 11 1	2 1 7 1	3 1 8 1	4 1 9 1	5 1 10 1
» Malformation de l'appareil urinaire	1 1 6 1 11 1	2 1 7 1	3 1 8 1	4 1 9 1	5 1 10 1
» Malformation de l'appareil génital	1 1 6 1 11 1	2 1 7 1	3 1 8 1	4 1 9 1	5 1 10 1
» Malformation cardiaque	1 1 6 1 11 1	2 1 7 1	3 1 8 1	4 1 9 1	5 1 10 1
» Malformation du système nerveux	1 1 6 1 11 1	2 1 7 1	3 1 8 1	4 1 9 1	5 1 10 1
» Malformation du squelette	1 1 6 1	2 1 7 1	3 1 8 1	4 1 9 1	5 1 10 1

	11 1				
» Malformation de la peau	1 1	2 1	3 1	4 1	5 1
	6 1	7 1	8 1	9 1	10 1
	11 1				
» D'autres malformations que celles que je vous ai citées	1 1	2 1	3 1	4 1	5 1
	6 1	7 1	8 1	9 1	10 1
	11 1				

■ Q88 (ouverte)

Autres 10C

■ Q89 (exclusive)

Q11A Votre enfant est-il (elle) porteur d'une anomalie chromosomique ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q90 (multiple)

Q11B S'agit-il d'une ...

- | | |
|---|--|
| 1 | trisomie 21 ou d'une autre anomalie (Taper inser |
| 1 | Autre1 |

■ Q91 (ouverte)

Q11BT Autre anomalie chromosomique :

■ Q92 (multiple)

Q12 A-t-il (elle) eu d'autres problèmes à la naissance tels que...

- | | | | |
|---|------------------------------|---|--------|
| 1 | Ictère néonatal (jaunisse) ? | 1 | Aucun |
| 1 | Infections materno-foetale ? | 1 | Autre1 |
| | | 1 | Autre2 |
| | | 1 | Autre3 |

1 Inhalation méconiale
?
1 Détresse respiratoire
? Autres (taper
insérer) -----

1 Autre4

■ Q93 (ouverte)

Q12T1 Autre problème à la naissance 1 :

■ Q94 (exclusive)

Q12C A-t-il (elle) dû être hospitalisé(e) (plus longtemps que la durée normale en maternité) pour le(s) problème(s) suivant(s) :

1 Oui
2 Non

» Ictère néonatal (jaunisse)	1	2
» Infections materno-foetale	1	2
» Inhalation méconiale	1	2
» Détresse respiratoire	1	2
» Autre1	1	2
» Autre2	1	2
» Autre3	1	2
» Autre4	1	2

■ Q95 (exclusive)

Q12B2 A-t-on utilisé les forceps ou la ventouse pour aider à l'accouchement ?

1 Oui
2 Non ---
3 NSP

■ Q96 (exclusive)

Q12B1 est-il (elle) né(e) par césarienne ?

1 Oui
2 Non

■ Q97 (exclusive)

Q22C A-t-il (elle) eu de la vitamine K à la naissance ?

1 Oui
2 Non ---
3 NSP

□

■ Q98 (exclusive)

Q13 Avez-vous allaité

1	Oui
2	Non

■ Q99 (quantité)

Q13B Jusqu'à quel âge l'avez-vous allaité exclusivement au sein c'est à dire allaitement seul sans lait préparé ?

» Mois : □□

» Semaines : □□

■ Q100 (quantité)

Q13C Jusqu'à quel âge avez-vous pratiqué l'allaitement mixte c'est à dire votre lait plus un lait préparé (Si cela a duré plus de 15 jours) ?

ENQUETEUR : SAISIR 0 Si allaitement mixte moins de 15 Jours).

» Mois : □□

» Semaines : □□

■ Q101 (quantité)

Q34 Combien d'enfants PLUS AGES que vivent ou ont vécu régulièrement avec

au cours de SA PREMIERE ANNEE. □□

■ Q102 (exclusive)

Q14 Nous allons parler des éventuelles maladies qu'a pu avoir

A t-il (elle) eu ...

1	Oui
2	Non ---
3	NSP

» Rougeole	1	2	3
» Rubéole	1	2	3
» Varicelle	1	2	3
» Oreillons	1	2	3
» Coqueluche	1	2	3
» Mononucléose infectieuse	1	2	3
» Tuberculose	1	2	3
» Asthme	1	2	3
» Bronchite asthmatiforme	1	2	3
» Eczéma	1	2	3
» Convulsions fébriles	1	2	3
» Intolérance alimentaire	1	2	3
» Séropositivité pour le VIH	1	2	3
» Epilepsie	1	2	3
» Scarlatine	1	2	3

■ Q103 (quantité)

Q14_2 En quelle ANNEE ou à quel AGE a-t-il (elle) contracté ?
ENQUETEUR : SI ANNEE SAISIR l'ANNEE sur 4 positions (ex 1990)
Si moins d'1 an SAISIR 0

- | | |
|------------------------------|-------|
| » Rougeole | _____ |
| » Rubéole | _____ |
| » Varicelle | _____ |
| » Oreillons | _____ |
| » Coqueluche | _____ |
| » Mononucléose infectieuse | _____ |
| » Tuberculose | _____ |
| » Asthme | _____ |
| » Bronchite asthmatiforme | _____ |
| » Eczéma | _____ |
| » Convulsions fébriles | _____ |
| » Intolérance alimentaire | _____ |
| » Séropositivité pour le VIH | _____ |
| » Epilepsie | _____ |
| » Scarlatine | _____ |

■ Q104 (multiple)

Q14_3 Quel traitement de plus d'un mois a-t-il (elle) pris pour l'épilepsie ?

- | | | | |
|---|----------|---|---------------------|
| 1 | Gardéнал | 1 | Sabril ----- |
| 1 | Valium | | ----- |
| 1 | Rivotril | | Autre (Taper Inser) |
| 1 | Tégrétol | 1 | AUCUN |
| 1 | Di-hydan | 1 | Autre1 |
| 1 | Zarontin | 1 | Autre2 |
| 1 | Dépakine | 1 | Autre3 |
| 1 | Dilantin | | |

■ Q105 (ouverte)

Q14_3T Autre traitement pour l'épilepsie :

■ Q106 (quantité)

Q14_4 Quelle a été la durée de chaque traitement ?

saisir 1 an et 3 mois en 01.03
saisir 8 mois en 00.08
saisir 11 mois en 00.11

- | | |
|------------|------------|
| » Gardéнал | ____, ____ |
| » Valium | ____, ____ |
| » Rivotril | ____, ____ |
| » Tégrétol | ____, ____ |
| » Di-hydan | ____, ____ |

» Zarontin ,
 » Dépakine ,
 » Dilantin ,
 » Sabril ,
 » Autre1 ,
 » Autre2 ,
 » Autre3 ,

■ Q107 (exclusive)

Q14_5

a-t-il (elle) eu une méningite ?

- | | |
|---|------------------------------|
| 1 | Non |
| 2 | Oui méningite virale |
| 3 | Oui méningite bactérienne |
| 4 | Oui méningite sans précision |
| 5 | NSP |

■ Q108 (quantité)

Q14_6 A quel AGE ou en quelle ANNEE a-t-il (elle) contracté....?

» méningite virale
 » méningite bactérienne
 » méningite sans précision

■ Q109 (multiple)

Q14_7

a-t-il (elle) eu une hépatite ?

- | | | | |
|---|-----------------------|---|---|
| 1 | Non | 1 | Oui hépatite virale (ne sait pas le type) |
| 1 | Oui hépatite virale A | 1 | NSP |
| 1 | Oui hépatite virale B | | |
| 1 | Oui hépatite virale C | | |

■ Q110 (quantité)

Q14_8 A quel AGE ou en quelle ANNEE a-t-il (elle) contracté....?

» hépatite virale A
 » hépatite virale B
 » hépatite virale C
 » hépatite virale (ne sait pas le type)

■ Q111 (multiple)

Q14.8 - A-t-il/elle eu régulièrement un traitement...

- | | | | |
|---|--------------------------------------|---|-------|
| 1 | Anti-histaminique ou anti-allergique | 1 | Aucun |
| 1 | Corticoïdes | | |

1 | Broncho-dilatateurs
(par ex. la
VENTOLINE) -----

■ Q112 (exclusive)

Vous m'avez dit que vous n'aviez pas le carnet de santé

1 | Pas de carnet de santé
2 | Carnet de santé

■ Q115 (exclusive)

QY4 Nous allons reprendre avec vous les vaccinations de

(VACCINATION ANTITUBERCULEUSE)

Pouvez-vous m'indiquer les vaccins et les dates qui sont mentionnés ?

1 | Monovax
2 | BCG -----

3 | Aucun / aucun autre

■ Q116 (exclusive)

Nb de passages / vaccin

1 | 1
2 | 2
3 | 3
4 | 4
5 | 5
6 | 6

» MONOVAX	1	2	3	4	5	6
» BCG	1	2	3	4	5	6

■ Q117 (quantité)

A quelle date a eu lieu le premier vaccin de...

ENQ: Indiquer le jour

» MONOVAX | |
» BCG | |

■ Q118 (quantité)

A quelle date a eu lieu le premier vaccin de...

ENQ: Indiquer le mois

» MONOVAX | |

» BCG

■ Q119 (quantité)

A quelle date a eu lieu le premier vaccin de...

ENQ : Indiquer l'année

» MONOVAX
» BCG

■ Q120 (quantité)

A quelle date a eu lieu le second vaccin de...

ENQ : Indiquer le jour

» MONOVAX
» BCG

■ Q121 (quantité)

A quelle date a eu lieu le second vaccin de...

ENQ: Indiquer le mois

» MONOVAX
» BCG

■ Q122 (quantité)

A quelle date a eu lieu le second vaccin de...

ENQ : Indiquer l'année

» MONOVAX
» BCG

■ Q123 (quantité)

A quelle date a eu lieu le troisième vaccin de...

ENQ : Indiquer le jour

» MONOVAX
» BCG

■ Q124 (quantité)

A quelle date a eu lieu le troisième vaccin de...

ENQ: Indiquer le mois

» MONOVAX
» BCG

■ Q125 (quantité)

A quelle date a eu lieu le troisième vaccin de...

ENQ : Indiquer l'année

» MONOVAX
» BCG

■ Q126 (exclusive)

(ANTIPOLIOMYELITIQUE ANTIDIPHTERIQUE -ANTITETANIQUE -
ANTICOQUELUCHEUSE - ANTIHAEMOPHILUS - ANTIHEPATITE B)

(VACCINATIONS ANTIROUGEOLEUSE - ANTIRUBEOLIQUE - ANTIORLIENNE -
AUTRES VACCINATIONS)

1	*ACT HIB	55	*PASTEUR TAB
2	*ANTIPOLIO INACTIVE	56	*PASTEUR TETANIQUE
3	*ANTIPOLIO VIVANT	57	*PASTEUR TP
4	*AVAXIM	58	*PASTEUR TRIMOVAX
5	*AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	59	*PENTACOQ
6	*DIFTAVAX	60	*PENTAVAC
7	*DTBIS RUDIVAX	61	*PENT-HIBEST
8	*DTC (PASTEUR)	62	*PNEUMO 23
9	*DTCOQ	63	*POLIO IMOVAX
10	*DTCP (PASTEUR)	64	*POLIO(ANTI-) INACTIVE
11	*DTP (PASTEUR)	65	*POLIO(ANTI-) VIVANT
12	*DTPOLIO (MERIEUX)	66	*POLIOMYELITIQUE ORAL
13	*DTTAB (PASTEUR)	67	*POLIOVAC ORAL SABIN
14	*DTVAX	68	*POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C
15	*ENGERIX B	69	*PREVENAR
16	*FLUARIX	70	*PREVIGRIP
17	*FLUVIRINE	71	*PRIORIX
18	*GENHEVAC B	72	*REVAXIS
19	*HAVRIX	73	*ROR
20	*HBVAX DNA (HBVAX5)	74	*ROR VAX
21	*HEPATITE A (vaccin contre l')	75	*ROUVAX
22	*HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	76	*RUDI ROUVAX
23	*HEPATITE B CIS	77	*RUDIVAX
24	*HEVAC B (PASTEUR)	78	*SABIN ANTIPOLIO BUCCAL
25	*HEXAVAC	79	*SABIN POLIOVAC ORAL
26	*HIBEST	80	*STAMARIL
27	*IMMU ORR	81	*TAB (PASTEUR)
28	*IMMUGRIP	82	*TETANIQUE (PASTEUR)
29	*IMOVAX OREILLONS	83	*TETAVAX
30	*IMOVAX POLIO	84	*TETRACOQ
31	*INFANRIX DTCaP	85	*TETRACT-HIB
32	*INFANRIX HEXA	86	*TETRAVAC-ACELLULAI RE
33	*INFANRIX P	87	*TICOVAC
34	*INFANRIX POLIO	88	*TP (PASTEUR)
35	*INFANRIX POLIO-HIB	89	*TPOLIO (MERIEUX)
36	*INFANRIX QUINTA	90	*TRIMOVAX (PASTEUR)
37	*INFANRIX TETRA	91	*TWINRIX
38	*INFLUVAC	92	*TYPHERIX
39	*MENINGITEC		
40	*MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)		

41	*MENINVACT
42	*MENJUGATE
43	*MENOMUNE
44	*MERIEUX DTPOLIO
45	*MERIEUX TPOLIO
46	*MERIEUX VARICELLE
47	*MUTAGRIP
48	*OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD
49	*PASTEUR DTC
50	*PASTEUR DTCP
51	*PASTEUR DTP
52	*PASTEUR DTTAB
53	*PASTEUR HEVAC B
54	*PASTEUR RABIQUE

93	*TYPHIM Vi
94	*VAQTA
95	*VARICELLE (MERIEUX)
96	*VAXICOQ
97	*VAXIGRIP
98	*VAXIGRIP ENFANTS
99	*VERORAB
100	*VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE ----- ----- ----- -----
101	Aucun / aucun autre

■ Q127 (exclusive)

Nb de passages / vaccin

1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6

7	7
8	8
9	9
10	10
11	11

» ACT HIB	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» ANTIPOLIO INACTIVE	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» ANTIPOLIO VIVANT	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» AVAXIM	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» DIFTAVAX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» DTBIS RUDIVAX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» DTC (PASTEUR)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» DTCOQ	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» DTCP (PASTEUR)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» DTP (PASTEUR)	1	2	3	4	5

	6	7	8	9	10
	11				
» DTPOLIO (MERIEUX)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» DTTAB (PASTEUR)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» DTVAX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» ENGERIX B	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» FLUARIX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» FLUVIRINE	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» GENHEVAC B	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» HAVRIX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» HBVAX DNA	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» HEPATITE A (vaccin contre l')	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» HEPATITE B CIS	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» HEVAC B (PASTEUR)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» HEXAVAC	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» HIBEST	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» IMMU ORR	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» IMMUGRIP	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» IMOVAX OREILLONS	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» IMOVAX POLIO	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» INFANRIX DTCaP	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10

	11				
» INFANRIX HEXA	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» INFANRIX P	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» INFANRIX POLIO	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» INFANRIX POLIO-HIB	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» INFANRIX QUINTA	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» INFANRIX TETRA	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» INFLUVAC	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» MENINGITEC	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» MENINVACT	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» MENJUGATE	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» MENOMUNE	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» MERIEUX DTPOLIO	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» MERIEUX TPOLIO	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» MERIEUX VARICELLE	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» MUTAGRIP	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PASTEUR DTC	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PASTEUR DTCP	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PASTEUR DTP	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				

» PASTEUR DTTAB	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PASTEUR HEVAC B	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PASTEUR RABIQUE	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PASTEUR TAB	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PASTEUR TETANIQUE	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PASTEUR TP	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PASTEUR TRIMOVAX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PENTACOQ	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PENTAVAC	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PENT-HIBEST	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PNEUMO 23	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» POLIO IMOVAX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» POLIO(ANTI-) VIVANT	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» POLIOMYELITIQUE ORAL	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» POLIOVAC ORAL SABIN	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PREVENAR	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PREVIGRIP	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» PRIORIX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» REVAXIS	1	2	3	4	5

	6	7	8	9	10
	11				
» ROR	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» ROR VAX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» ROUVAX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» RUDI ROUVAX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» RUDIVAX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» SABIN POLIOVAC ORAL	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» STAMARIL	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TAB (PASTEUR)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TETANIQUE (PASTEUR)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TETAVAX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TETRACOQ	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TTRACT-HIB	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TICOVAC	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TP (PASTEUR)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TPOLIO (MERIEUX)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TRIMOVAX (PASTEUR)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TWINRIX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» TYPHERIX	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10

	11				
» TYPHIM Vi	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» VAQTA	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» VARICELLE (MERIEUX)	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» VAXICOQ	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» VAXIGRIP	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» VAXIGRIP ENFANTS	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» VERORAB	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	1	2	3	4	5
	6	7	8	9	10
	11				

■ Q128 (quantité)

A quelle date a eu lieu le premier vaccin de...

ENQ: Indiquer le jour

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA (HBVAX 5)
- » HEPATITE A (vaccin contre l')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre l')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC
- » HIBEST
- » IMMUGRIP

» IMOVAX OREILLONS	LL
» IMOVAX POLIO	LL
» INFANRIX DTCaP	LL
» INFANRIX HEXA	LL
» INFANRIX P	LL
» INFANRIX POLIO	LL
» INFANRIX POLIO-HIB	LL
» INFANRIX QUINTA	LL
» INFANRIX TETRA	LL
» INFLUVAC	LL
» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL
» ROR VAX	LL
» ROUVAX	LL
» RUDI ROUVAX	LL
» RUDIVAX	LL
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	LL
» SABIN POLIOVAC ORAL	LL
» STAMARIL	LL
» TAB (PASTEUR)	LL
» TETANIQUE (PASTEUR)	LL
» TETAVAX	LL
» TETRACOQ	LL
» TETRACT-HIB	LL
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	LL
» TICOVAC	LL
» TP (PASTEUR)	LL
» TPOLIO (MERIEUX)	LL

- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q129 (quantité)

A quelle date a eu lieu le premier vaccin de...

ENQ: Indiquer le mois

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre l')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre l')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC
- » HIBEST
- » IMMU ORR
- » IMMUGRIP
- » IMOVAX OREILLONS
- » IMOVAX POLIO
- » INFANRIX DTCaP
- » INFANRIX HEXA
- » INFANRIX P
- » INFANRIX POLIO
- » INFANRIX POLIO-HIB
- » INFANRIX QUINTA
- » INFANRIX TETRA
- » INFLUVAC
- » MENINGITEC
- » MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)
- » MENINVACT
- » MENJUGATE
- » MENOMUNE

» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL
» ROR VAX	LL
» ROUVAX	LL
» RUDI ROUVAX	LL
» RUDIVAX	LL
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	LL
» SABIN POLIOVAC ORAL	LL
» STAMARIL	LL
» TAB (PASTEUR)	LL
» TETANIQUE (PASTEUR)	LL
» TETAVAX	LL
» TETRACOQ	LL
» TTRACT-HIB	LL
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	LL
» TICOVAC	LL
» TP (PASTEUR)	LL
» TPOLIO (MERIEUX)	LL
» TRIMOVAX (PASTEUR)	LL
» TWINRIX	LL
» TYPHERIX	LL
» TYPHIM Vi	LL
» VAQTA	LL
» VARICELLE (MERIEUX)	LL
» VAXICOQ	LL
» VAXIGRIP	LL
» VAXIGRIP ENFANTS	LL
» VERORAB	LL
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	LL

■ Q130 (quantité)

A quelle date a eu lieu le premier vaccin de...

ENQ : Indiquer l'année

» ACT HIB	_____
» ANTIPOLIO INACTIVE	_____
» ANTIPOLIO VIVANT	_____
» AVAXIM	_____
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	_____
» DIFTAVAX	_____
» DTBIS RUDIVAX	_____
» DTC (PASTEUR)	_____
» DTCOQ	_____
» DTCP (PASTEUR)	_____
» DTP (PASTEUR)	_____
» DTPOLIO (MERIEUX)	_____
» DTTAB (PASTEUR)	_____
» DTVAX	_____
» ENGERIX B	_____
» FLUARIX	_____
» FLUVIRINE	_____
» GENHEVAC B	_____
» HAVRIX	_____
» HBVAX DNA	_____
» HEPATITE A (vaccin contre l')	_____
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	_____
» HEPATITE B CIS	_____
» HEVAC B (PASTEUR)	_____
» HEXAVAC	_____
» HIBEST	_____
» IMMU ORR	_____
» IMMUGRIP	_____
» IMOVAX OREILLONS	_____
» IMOVAX POLIO	_____
» INFANRIX DTCaP	_____
» INFANRIX HEXA	_____
» INFANRIX P	_____
» INFANRIX POLIO	_____
» INFANRIX POLIO-HIB	_____
» INFANRIX QUINTA	_____
» INFANRIX TETRA	_____
» INFLUVAC	_____
» MENINGITEC	_____
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	_____
» MENINVACT	_____
» MENJUGATE	_____
» MENOMUNE	_____
» MERIEUX DTPOLIO	_____
» MERIEUX TPOLIO	_____
» MERIEUX VARICELLE	_____
» MUTAGRIP	_____
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	_____
» PASTEUR DTC	_____
» PASTEUR DTCP	_____
» PASTEUR DTP	_____
» PASTEUR DTTAB	_____
» PASTEUR HEVAC B	_____
» PASTEUR RABIQUE	_____
» PASTEUR TAB	_____
» PASTEUR TETANIQUE	_____
» PASTEUR TP	_____
» PASTEUR TRIMOVAX	_____

» PENTACOQ	_____
» PENTAVAC	_____
» PENT-HIBEST	_____
» PNEUMO 23	_____
» POLIO IMOVAX	_____
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	_____
» POLIO(ANTI-) VIVANT	_____
» POLIOMYELITIQUE ORAL	_____
» POLIOVAC ORAL SABIN	_____
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	_____
» PREVENAR	_____
» PREVIGRIP	_____
» PRIORIX	_____
» REVAXIS	_____
» ROR	_____
» ROR VAX	_____
» ROUVAX	_____
» RUDI ROUVAX	_____
» RUDIVAX	_____
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	_____
» SABIN POLIOVAC ORAL	_____
» STAMARIL	_____
» TAB (PASTEUR)	_____
» TETANIQUE (PASTEUR)	_____
» TETAVAX	_____
» TETRACOQ	_____
» TETRACT-HIB	_____
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	_____
» TICOVAC	_____
» TP (PASTEUR)	_____
» TPOLIO (MERIEUX)	_____
» TRIMOVAX (PASTEUR)	_____
» TWINRIX	_____
» TYPHERIX	_____
» TYPHIM Vi	_____
» VAQTA	_____
» VARICELLE (MERIEUX)	_____
» VAXICOQ	_____
» VAXIGRIP	_____
» VAXIGRIP ENFANTS	_____
» VERORAB	_____
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	_____

■ Q131 (quantité)

A quelle date a eu lieu le second vaccin de...

ENQ : Indiquer le jour

» ACT HIB	___
» ANTIPOLIO INACTIVE	___
» ANTIPOLIO VIVANT	___
» AVAXIM	___
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	___
» DIFTAVAX	___
» DTBIS RUDIVAX	___
» DTC (PASTEUR)	___
» DTCOQ	___
» DTCP (PASTEUR)	___
» DTP (PASTEUR)	___
» DTPOLIO (MERIEUX)	___
» DTTAB (PASTEUR)	___

» DTVAX	LL
» ENGERIX B	LL
» FLUARIX	LL
» FLUVIRINE	LL
» GENHEVAC B	LL
» HAVRIX	LL
» HBVAX DNA	LL
» HEPATITE A (vaccin contre l')	LL
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	LL
» HEPATITE B CIS	LL
» HEVAC B (PASTEUR)	LL
» HEXAVAC	LL
» HIBEST	LL
» IMMU ORR	LL
» IMMUGRIP	LL
» IMOVAX OREILLONS	LL
» IMOVAX POLIO	LL
» INFANRIX DTCaP	LL
» INFANRIX HEXA	LL
» INFANRIX P	LL
» INFANRIX POLIO	LL
» INFANRIX POLIO-HIB	LL
» INFANRIX QUINTA	LL
» INFANRIX TETRA	LL
» INFLUVAC	LL
» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL

- » ROR VAX
- » ROUVAX
- » RUDI ROUVAX
- » RUDIVAX
- » SABIN ANTIPOLIO BUCCAL
- » SABIN POLIOVAC ORAL
- » STAMARIL
- » TAB (PASTEUR)
- » TETANIQUE (PASTEUR)
- » TETAVAX
- » TETRACOQ
- » TTRACT-HIB
- » TETRAVAC-ACELLULAIRE
- » TICOVAC
- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q132 (quantité)

A quelle date a eu lieu le second vaccin de...

ENQ: Indiquer le mois

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre 1')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre 1')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC
- » HIBEST
- » IMMU ORR

» IMMUGRIP	LL
» IMOVAX OREILLONS	LL
» IMOVAX POLIO	LL
» INFANRIX DTCaP	LL
» INFANRIX HEXA	LL
» INFANRIX P	LL
» INFANRIX POLIO	LL
» INFANRIX POLIO-HIB	LL
» INFANRIX QUINTA	LL
» INFANRIX TETRA	LL
» INFLUVAC	LL
» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL
» ROR VAX	LL
» ROUVAX	LL
» RUDI ROUVAX	LL
» RUDIVAX	LL
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	LL
» SABIN POLIOVAC ORAL	LL
» STAMARIL	LL
» TAB (PASTEUR)	LL
» TETANIQUE (PASTEUR)	LL
» TETAVAX	LL
» TETRACOQ	LL
» TTRACT-HIB	LL
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	LL
» TICOVAC	LL
» TP (PASTEUR)	LL

- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q133 (quantité)

A quelle date a eu lieu le second vaccin de...

ENQ : Indiquer l'année

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre l')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre l')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC
- » HIBEST
- » IMMU ORR
- » IMMUGRIP
- » IMOVAX OREILLONS
- » IMOVAX POLIO
- » INFANRIX DTCaP
- » INFANRIX HEXA
- » INFANRIX P
- » INFANRIX POLIO
- » INFANRIX POLIO-HIB
- » INFANRIX QUINTA
- » INFANRIX TETRA
- » INFLUVAC
- » MENINGITEC
- » MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)
- » MENINVACT
- » MENJUGATE

» MENOMUNE	
» MERIEUX DTPOLIO	
» MERIEUX TPOLIO	
» MERIEUX VARICELLE	
» MUTAGRIP	
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	
» PASTEUR DTC	
» PASTEUR DTCP	
» PASTEUR DTP	
» PASTEUR DTTAB	
» PASTEUR HEVAC B	
» PASTEUR RABIQUE	
» PASTEUR TAB	
» PASTEUR TETANIQUE	
» PASTEUR TP	
» PASTEUR TRIMOVAX	
» PENTACOQ	
» PENTAVAC	
» PENT-HIBEST	
» PNEUMO 23	
» POLIO IMOVAX	
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	
» POLIO(ANTI-) VIVANT	
» POLIOMYELITIQUE ORAL	
» POLIOVAC ORAL SABIN	
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	
» PREVENAR	
» PREVIGRIP	
» PRIORIX	
» REVAXIS	
» ROR	
» ROR VAX	
» ROUVAX	
» RUDI ROUVAX	
» RUDIVAX	
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	
» SABIN POLIOVAC ORAL	
» STAMARIL	
» TAB (PASTEUR)	
» TETANIQUE (PASTEUR)	
» TETAVAX	
» TETRACOQ	
» TTRACT-HIB	
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	
» TICOVAC	
» TP (PASTEUR)	
» TPOLIO (MERIEUX)	
» TRIMOVAX (PASTEUR)	
» TWINRIX	
» TYPHERIX	
» TYPHIM Vi	
» VAQTA	
» VARICELLE (MERIEUX)	
» VAXICOQ	
» VAXIGRIP	
» VAXIGRIP ENFANTS	
» VERORAB	
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	

■ Q134 (quantité)

A quelle date a eu lieu le troisième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer le jour	
» ACT HIB	[[[
» ANTIPOLIO INACTIVE	[[[
» ANTIPOLIO VIVANT	[[[
» AVAXIM	[[[
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	[[[
» DIFTAVAX	[[[
» DTBIS RUDIVAX	[[[
» DTC (PASTEUR)	[[[
» DTCOQ	[[[
» DTCP (PASTEUR)	[[[
» DTP (PASTEUR)	[[[
» DTPOLIO (MERIEUX)	[[[
» DTTAB (PASTEUR)	[[[
» DTVAX	[[[
» ENGERIX B	[[[
» FLUARIX	[[[
» FLUVIRINE	[[[
» GENHEVAC B	[[[
» HAVRIX	[[[
» HBVAX DNA	[[[
» HEPATITE A (vaccin contre l')	[[[
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	[[[
» HEPATITE B CIS	[[[
» HEVAC B (PASTEUR)	[[[
» HEXAVAC	[[[
» HIBEST	[[[
» IMMU ORR	[[[
» IMMUGRIP	[[[
» IMOVAX OREILLONS	[[[
» IMOVAX POLIO	[[[
» INFANRIX DTCaP	[[[
» INFANRIX HEXA	[[[
» INFANRIX P	[[[
» INFANRIX POLIO	[[[
» INFANRIX POLIO-HIB	[[[
» INFANRIX QUINTA	[[[
» INFANRIX TETRA	[[[
» INFLUVAC	[[[
» MENINGITEC	[[[
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	[[[
» MENINVACT	[[[
» MENJUGATE	[[[
» MENOMUNE	[[[
» MERIEUX DTPOLIO	[[[
» MERIEUX TPOLIO	[[[
» MERIEUX VARICELLE	[[[
» MUTAGRIP	[[[
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	[[[
» PASTEUR DTC	[[[
» PASTEUR DTCP	[[[
» PASTEUR DTP	[[[
» PASTEUR DTTAB	[[[
» PASTEUR HEVAC B	[[[
» PASTEUR RABIQUE	[[[
» PASTEUR TAB	[[[
» PASTEUR TETANIQUE	[[[
» PASTEUR TP	[[[

- » PASTEUR TRIMOVAX
- » PENTACOQ
- » PENTAVAC
- » PENT-HIBEST
- » PNEUMO 23
- » POLIO IMOVAX
- » POLIO(ANTI-) INACTIVE
- » POLIO(ANTI-) VIVANT
- » POLIOMYELITIQUE ORAL
- » POLIOVAC ORAL SABIN
- » POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C
- » PREVENAR
- » PREVIGRIP
- » PRIORIX
- » REVAXIS
- » ROR
- » ROR VAX
- » ROUVAX
- » RUDI ROUVAX
- » RUDIVAX
- » SABIN ANTIPOLIO BUCCAL
- » SABIN POLIOVAC ORAL
- » STAMARIL
- » TAB (PASTEUR)
- » TETANIQUE (PASTEUR)
- » TETAVAX
- » TETRACOQ
- » TTRACT-HIB
- » TETRAVAC-ACELLULAIRE
- » TICOVAC
- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q135 (quantité)

A quelle date a eu lieu le troisième vaccin de...

ENQ: Indiquer le mois

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)

» DTTAB (PASTEUR)	LL
» DTVAX	LL
» ENGERIX B	LL
» FLUARIX	LL
» FLUVIRINE	LL
» GENHEVAC B	LL
» HAVRIX	LL
» HBVAX DNA	LL
» HEPATITE A (vaccin contre l')	LL
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	LL
» HEPATITE B CIS	LL
» HEVAC B (PASTEUR)	LL
» HEXAVAC	LL
» HIBEST	LL
» IMMU ORR	LL
» IMMUGRIP	LL
» IMOVAX OREILLONS	LL
» IMOVAX POLIO	LL
» INFANRIX DTCaP	LL
» INFANRIX HEXA	LL
» INFANRIX P	LL
» INFANRIX POLIO	LL
» INFANRIX POLIO-HIB	LL
» INFANRIX QUINTA	LL
» INFANRIX TETRA	LL
» INFLUVAC	LL
» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL

- » ROR
- » ROR VAX
- » ROUVAX
- » RUDI ROUVAX
- » RUDIVAX
- » SABIN ANTIPOLIO BUCCAL
- » SABIN POLIOVAC ORAL
- » STAMARIL
- » TAB (PASTEUR)
- » TETANIQUE (PASTEUR)
- » TETAVAX
- » TETRACOQ
- » TTRACT-HIB
- » TETRAVAC-ACELLULAIRE
- » TICOVAC
- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q136 (quantité)

A quelle date a eu lieu le troisième vaccin de...

ENQ : Indiquer l'année

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre l')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre l')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC
- » HIBEST

» IMMU ORR	_____
» IMMUGRIP	_____
» IMOVAX OREILLONS	_____
» IMOVAX POLIO	_____
» INFANRIX DTCaP	_____
» INFANRIX HEXA	_____
» INFANRIX P	_____
» INFANRIX POLIO	_____
» INFANRIX POLIO-HIB	_____
» INFANRIX QUINTA	_____
» INFANRIX TETRA	_____
» INFLUVAC	_____
» MENINGITEC	_____
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	_____
» MENINVACT	_____
» MENJUGATE	_____
» MENOMUNE	_____
» MERIEUX DTPOLIO	_____
» MERIEUX TPOLIO	_____
» MERIEUX VARICELLE	_____
» MUTAGRIP	_____
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	_____
» PASTEUR DTC	_____
» PASTEUR DTCP	_____
» PASTEUR DTP	_____
» PASTEUR DTTAB	_____
» PASTEUR HEVAC B	_____
» PASTEUR RABIQUE	_____
» PASTEUR TAB	_____
» PASTEUR TETANIQUE	_____
» PASTEUR TP	_____
» PASTEUR TRIMOVAX	_____
» PENTACOQ	_____
» PENTAVAC	_____
» PENT-HIBEST	_____
» PNEUMO 23	_____
» POLIO IMOVAX	_____
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	_____
» POLIO(ANTI-) VIVANT	_____
» POLIOMYELITIQUE ORAL	_____
» POLIOVAC ORAL SABIN	_____
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	_____
» PREVENAR	_____
» PREVIGRIP	_____
» PRIORIX	_____
» REVAXIS	_____
» ROR	_____
» ROR VAX	_____
» ROUVAX	_____
» RUDI ROUVAX	_____
» RUDIVAX	_____
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	_____
» SABIN POLIOVAC ORAL	_____
» STAMARIL	_____
» TAB (PASTEUR)	_____
» TETANIQUE (PASTEUR)	_____
» TETAVAX	_____
» TETRACOQ	_____
» TTRACT-HIB	_____
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	_____
» TICOVAC	_____

- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q137 (quantité)

A quelle date a eu lieu le quatrième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer le jour

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre 1')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre 1')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC
- » HIBEST
- » IMMU ORR
- » IMMUGRIP
- » IMOVAX OREILLONS
- » IMOVAX POLIO
- » INFANRIX DTCaP
- » INFANRIX HEXA
- » INFANRIX P
- » INFANRIX POLIO
- » INFANRIX POLIO-HIB
- » INFANRIX QUINTA
- » INFANRIX TETRA
- » INFLUVAC
- » MENINGITEC
- » MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)
- » MENINVACT

» MENJUGATE	
» MENOMUNE	
» MERIEUX DTPOLIO	
» MERIEUX TPOLIO	
» MERIEUX VARICELLE	
» MUTAGRIP	
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	
» PASTEUR DTC	
» PASTEUR DTCP	
» PASTEUR DTP	
» PASTEUR DTTAB	
» PASTEUR HEVAC B	
» PASTEUR RABIQUE	
» PASTEUR TAB	
» PASTEUR TETANIQUE	
» PASTEUR TP	
» PASTEUR TRIMOVAX	
» PENTACOQ	
» PENTAVAC	
» PENT-HIBEST	
» PNEUMO 23	
» POLIO IMOVAX	
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	
» POLIO(ANTI-) VIVANT	
» POLIOMYELITIQUE ORAL	
» POLIOVAC ORAL SABIN	
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	
» PREVENAR	
» PREVIGRIP	
» PRIORIX	
» REVAXIS	
» ROR	
» ROR VAX	
» ROUVAX	
» RUDI ROUVAX	
» RUDIVAX	
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	
» SABIN POLIOVAC ORAL	
» STAMARIL	
» TAB (PASTEUR)	
» TETANIQUE (PASTEUR)	
» TETAVAX	
» TETRACOQ	
» TTRACT-HIB	
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	
» TICOVAC	
» TP (PASTEUR)	
» TPOLIO (MERIEUX)	
» TRIMOVAX (PASTEUR)	
» TWINRIX	
» TYPHERIX	
» TYPHIM Vi	
» VAQTA	
» VARICELLE (MERIEUX)	
» VAXICOQ	
» VAXIGRIP	
» VAXIGRIP ENFANTS	
» VERORAB	
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	

■ Q138

(quantité)

A quelle date a eu lieu le quatrième vaccin de...

ENQ : Indiquer le mois SI AUCUN TAPER FIN+ENTREE

» ACT HIB	LL
» ANTIPOLIO INACTIVE	LL
» ANTIPOLIO VIVANT	LL
» AVAXIM	LL
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	LL
» DIFTAVAX	LL
» DTBIS RUDIVAX	LL
» DTC (PASTEUR)	LL
» DTCOQ	LL
» DTCP (PASTEUR)	LL
» DTP (PASTEUR)	LL
» DTPOLIO (MERIEUX)	LL
» DTTAB (PASTEUR)	LL
» DTVAX	LL
» ENGERIX B	LL
» FLUARIX	LL
» FLUVIRINE	LL
» GENHEVAC B	LL
» HAVRIX	LL
» HBVAX DNA	LL
» HEPATITE A (vaccin contre 1')	LL
» HEPATITE A CIS (vaccin contre 1')	LL
» HEPATITE B CIS	LL
» HEVAC B (PASTEUR)	LL
» HEXAVAC	LL
» HIBEST	LL
» IMMU ORR	LL
» IMMUGRIP	LL
» IMOVAX OREILLONS	LL
» IMOVAX POLIO	LL
» INFANRIX DTCaP	LL
» INFANRIX HEXA	LL
» INFANRIX P	LL
» INFANRIX POLIO	LL
» INFANRIX POLIO-HIB	LL
» INFANRIX QUINTA	LL
» INFANRIX TETRA	LL
» INFLUVAC	LL
» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL

- » PASTEUR TP
- » PASTEUR TRIMOVAX
- » PENTACOQ
- » PENTAVAC
- » PENT-HIBEST
- » PNEUMO 23
- » POLIO IMOVAX
- » POLIO(ANTI-) INACTIVE
- » POLIO(ANTI-) VIVANT
- » POLIOMYELITIQUE ORAL
- » POLIOVAC ORAL SABIN
- » POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C
- » PREVENAR
- » PREVIGRIP
- » PRIORIX
- » REVAXIS
- » ROR
- » ROR VAX
- » ROUVAX
- » RUDI ROUVAX
- » RUDIVAX
- » SABIN ANTIPOLIO BUCCAL
- » SABIN POLIOVAC ORAL
- » STAMARIL
- » TAB (PASTEUR)
- » TETANIQUE (PASTEUR)
- » TETAVAX
- » TETRACOQ
- » TTRACT-HIB
- » TETRAVAC-ACELLULAIRE
- » TICOVAC
- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q139 (quantité)

A quelle date a eu lieu le quatrième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer l'année

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)

» DTPOLIO (MERIEUX)	
» DTTAB (PASTEUR)	
» DTVAX	
» ENGERIX B	
» FLUARIX	
» FLUVIRINE	
» GENHEVAC B	
» HAVRIX	
» HBVAX DNA	
» HEPATITE A (vaccin contre l')	
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	
» HEPATITE B CIS	
» HEVAC B (PASTEUR)	
» HEXAVAC	
» HIBEST	
» IMMU ORR	
» IMMUGRIP	
» IMOVAX OREILLONS	
» IMOVAX POLIO	
» INFANRIX DTCaP	
» INFANRIX HEXA	
» INFANRIX P	
» INFANRIX POLIO	
» INFANRIX POLIO-HIB	
» INFANRIX QUINTA	
» INFANRIX TETRA	
» INFLUVAC	
» MENINGITEC	
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	
» MENINVACT	
» MENJUGATE	
» MENOMUNE	
» MERIEUX DTPOLIO	
» MERIEUX TPOLIO	
» MERIEUX VARICELLE	
» MUTAGRIP	
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	
» PASTEUR DTC	
» PASTEUR DTCP	
» PASTEUR DTP	
» PASTEUR DTTAB	
» PASTEUR HEVAC B	
» PASTEUR RABIQUE	
» PASTEUR TAB	
» PASTEUR TETANIQUE	
» PASTEUR TP	
» PASTEUR TRIMOVAX	
» PENTACOQ	
» PENTAVAC	
» PENT-HIBEST	
» PNEUMO 23	
» POLIO IMOVAX	
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	
» POLIO(ANTI-) VIVANT	
» POLIOMYELITIQUE ORAL	
» POLIOVAC ORAL SABIN	
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	
» PREVENAR	
» PREVIGRIP	
» PRIORIX	

- » REVAXIS
- » ROR
- » ROR VAX
- » ROUVAX
- » RUDI ROUVAX
- » RUDIVAX
- » SABIN ANTIPOLIO BUCCAL
- » SABIN POLIOVAC ORAL
- » STAMARIL
- » TAB (PASTEUR)
- » TETANIQUE (PASTEUR)
- » TETAVAX
- » TETRACOQ
- » TTRACT-HIB
- » TETRAVAC-ACELLULAIRE
- » TICOVAC
- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q140 (quantité)

A quelle date a eu lieu le cinquième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer le jour

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre 1')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre 1')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC

» HIBEST	LL
» IMMU ORR	LL
» IMMUGRIP	LL
» IMOVAX OREILLONS	LL
» IMOVAX POLIO	LL
» INFANRIX DTCaP	LL
» INFANRIX HEXA	LL
» INFANRIX P	LL
» INFANRIX POLIO	LL
» INFANRIX POLIO-HIB	LL
» INFANRIX QUINTA	LL
» INFANRIX TETRA	LL
» INFLUVAC	LL
» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL
» ROR VAX	LL
» ROUVAX	LL
» RUDI ROUVAX	LL
» RUDIVAX	LL
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	LL
» SABIN POLIOVAC ORAL	LL
» STAMARIL	LL
» TAB (PASTEUR)	LL
» TETANIQUE (PASTEUR)	LL
» TETAVAX	LL
» TETRACOQ	LL
» TTRACT-HIB	LL
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	LL

» TICOVAC	[[[
» TP (PASTEUR)	[[[
» TPOLIO (MERIEUX)	[[[
» TRIMOVAX (PASTEUR)	[[[
» TWINRIX	[[[
» TYPHERIX	[[[
» TYPHIM Vi	[[[
» VAQTA	[[[
» VARICELLE (MERIEUX)	[[[
» VAXICOQ	[[[
» VAXIGRIP	[[[
» VAXIGRIP ENFANTS	[[[
» VERORAB	[[[
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	[[[

■ Q141 (quantité)

A quelle date a eu lieu le cinquième vaccin de...

ENQ : Indiquer le mois SI AUCUN TAPER FIN+ENTREE

» ACT HIB	[[[
» ANTIPOLIO INACTIVE	[[[
» ANTIPOLIO VIVANT	[[[
» AVAXIM	[[[
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	[[[
» DIFTAVAX	[[[
» DTBIS RUDIVAX	[[[
» DTC (PASTEUR)	[[[
» DTCOQ	[[[
» DTCP (PASTEUR)	[[[
» DTP (PASTEUR)	[[[
» DTPOLIO (MERIEUX)	[[[
» DTTAB (PASTEUR)	[[[
» DTVAX	[[[
» ENGERIX B	[[[
» FLUARIX	[[[
» FLUVIRINE	[[[
» GENHEVAC B	[[[
» HAVRIX	[[[
» HBVAX DNA	[[[
» HEPATITE A (vaccin contre l')	[[[
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	[[[
» HEPATITE B CIS	[[[
» HEVAC B (PASTEUR)	[[[
» HEXAVAC	[[[
» HIBEST	[[[
» IMMU ORR	[[[
» IMMUGRIP	[[[
» IMOVAX OREILLONS	[[[
» IMOVAX POLIO	[[[
» INFANRIX DTCaP	[[[
» INFANRIX HEXA	[[[
» INFANRIX P	[[[
» INFANRIX POLIO	[[[
» INFANRIX POLIO-HIB	[[[
» INFANRIX QUINTA	[[[
» INFANRIX TETRA	[[[
» INFLUVAC	[[[
» MENINGITEC	[[[
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	[[[

» MENINVACT	
» MENJUGATE	
» MENOMUNE	
» MERIEUX DTPOLIO	
» MERIEUX TPOLIO	
» MERIEUX VARICELLE	
» MUTAGRIP	
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	
» PASTEUR DTC	
» PASTEUR DTCP	
» PASTEUR DTP	
» PASTEUR DTTAB	
» PASTEUR HEVAC B	
» PASTEUR RABIQUE	
» PASTEUR TAB	
» PASTEUR TETANIQUE	
» PASTEUR TP	
» PASTEUR TRIMOVAX	
» PENTACOQ	
» PENTAVAC	
» PENT-HIBEST	
» PNEUMO 23	
» POLIO IMOVAX	
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	
» POLIO(ANTI-) VIVANT	
» POLIOMYELITIQUE ORAL	
» POLIOVAC ORAL SABIN	
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	
» PREVENAR	
» PREVIGRIP	
» PRIORIX	
» REVAXIS	
» ROR	
» ROR VAX	
» ROUVAX	
» RUDI ROUVAX	
» RUDIVAX	
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	
» SABIN POLIOVAC ORAL	
» STAMARIL	
» TAB (PASTEUR)	
» TETANIQUE (PASTEUR)	
» TETAVAX	
» TETRACOQ	
» TTRACT-HIB	
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	
» TICOVAC	
» TP (PASTEUR)	
» TPOLIO (MERIEUX)	
» TRIMOVAX (PASTEUR)	
» TWINRIX	
» TYPHERIX	
» TYPHIM Vi	
» VAQTA	
» VARICELLE (MERIEUX)	
» VAXICOQ	
» VAXIGRIP	
» VAXIGRIP ENFANTS	
» VERORAB	
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	

■ Q142 (quantité)

A quelle date a eu lieu le cinquième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer l'année	
» ACT HIB	_____
» ANTIPOLIO INACTIVE	_____
» ANTIPOLIO VIVANT	_____
» AVAXIM	_____
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	_____
» DIFTAVAX	_____
» DTBIS RUDIVAX	_____
» DTC (PASTEUR)	_____
» DTCOQ	_____
» DTCP (PASTEUR)	_____
» DTP (PASTEUR)	_____
» DTPOLIO (MERIEUX)	_____
» DTTAB (PASTEUR)	_____
» DTVAX	_____
» ENGERIX B	_____
» FLUARIX	_____
» FLUVIRINE	_____
» GENHEVAC B	_____
» HAVRIX	_____
» HBVAX DNA	_____
» HEPATITE A (vaccin contre l')	_____
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	_____
» HEPATITE B CIS	_____
» HEVAC B (PASTEUR)	_____
» HEXAVAC	_____
» HIBEST	_____
» IMMU ORR	_____
» IMMUGRIP	_____
» IMOVAX OREILLONS	_____
» IMOVAX POLIO	_____
» INFANRIX DTCaP	_____
» INFANRIX HEXA	_____
» INFANRIX P	_____
» INFANRIX POLIO	_____
» INFANRIX POLIO-HIB	_____
» INFANRIX QUINTA	_____
» INFANRIX TETRA	_____
» INFLUVAC	_____
» MENINGITEC	_____
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	_____
» MENINVACT	_____
» MENJUGATE	_____
» MENOMUNE	_____
» MERIEUX DTPOLIO	_____
» MERIEUX TPOLIO	_____
» MERIEUX VARICELLE	_____
» MUTAGRIP	_____
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	_____
» PASTEUR DTC	_____
» PASTEUR DTCP	_____
» PASTEUR DTP	_____
» PASTEUR DTTAB	_____
» PASTEUR HEVAC B	_____
» PASTEUR RABIQUE	_____
» PASTEUR TAB	_____

- » PASTEUR TETANIQUE
- » PASTEUR TP
- » PASTEUR TRIMOVAX
- » PENTACOQ
- » PENTAVAC
- » PENT-HIBEST
- » PNEUMO 23
- » POLIO IMOVAX
- » POLIO(ANTI-) INACTIVE
- » POLIO(ANTI-) VIVANT
- » POLIOMYELITIQUE ORAL
- » POLIOVAC ORAL SABIN
- » POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C
- » PREVENAR
- » PREVIGRIP
- » PRIORIX
- » REVAXIS
- » ROR
- » ROR VAX
- » ROUVAX
- » RUDI ROUVAX
- » RUDIVAX
- » SABIN ANTIPOLIO BUCCAL
- » SABIN POLIOVAC ORAL
- » STAMARIL
- » TAB (PASTEUR)
- » TETANIQUE (PASTEUR)
- » TETAVAX
- » TETRACOQ
- » TTRACT-HIB
- » TETRAVAC-ACELLULAIRE
- » TICOVAC
- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q143 (quantité)

A quelle date a eu lieu le sixième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer le jour

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)

» DTP (PASTEUR)	_____
» DTPOLIO (MERIEUX)	_____
» DTTAB (PASTEUR)	_____
» DTVAX	_____
» ENGERIX B	_____
» FLUARIX	_____
» FLUVIRINE	_____
» GENHEVAC B	_____
» HAVRIX	_____
» HBVAX DNA	_____
» HEPATITE A (vaccin contre l')	_____
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	_____
» HEPATITE B CIS	_____
» HEVAC B (PASTEUR)	_____
» HEXAVAC	_____
» HIBEST	_____
» IMMU ORR	_____
» IMMUGRIP	_____
» IMOVAX OREILLONS	_____
» IMOVAX POLIO	_____
» INFANRIX DTCaP	_____
» INFANRIX HEXA	_____
» INFANRIX P	_____
» INFANRIX POLIO	_____
» INFANRIX POLIO-HIB	_____
» INFANRIX QUINTA	_____
» INFANRIX TETRA	_____
» INFLUVAC	_____
» MENINGITEC	_____
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	_____
» MENINVACT	_____
» MENJUGATE	_____
» MENOMUNE	_____
» MERIEUX DTPOLIO	_____
» MERIEUX TPOLIO	_____
» MERIEUX VARICELLE	_____
» MUTAGRIP	_____
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	_____
» PASTEUR DTC	_____
» PASTEUR DTCP	_____
» PASTEUR DTP	_____
» PASTEUR DTTAB	_____
» PASTEUR HEVAC B	_____
» PASTEUR RABIQUE	_____
» PASTEUR TAB	_____
» PASTEUR TETANIQUE	_____
» PASTEUR TP	_____
» PASTEUR TRIMOVAX	_____
» PENTACOQ	_____
» PENTAVAC	_____
» PENT-HIBEST	_____
» PNEUMO 23	_____
» POLIO IMOVAX	_____
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	_____
» POLIO(ANTI-) VIVANT	_____
» POLIOMYELITIQUE ORAL	_____
» POLIOVAC ORAL SABIN	_____
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	_____
» PREVENAR	_____
» PREVIGRIP	_____

- » PRIORIX
- » REVAXIS
- » ROR
- » ROR VAX
- » ROUVAX
- » RUDI ROUVAX
- » RUDIVAX
- » SABIN ANTIPOLIO BUCCAL
- » SABIN POLIOVAC ORAL
- » STAMARIL
- » TAB (PASTEUR)
- » TETANIQUE (PASTEUR)
- » TETAVAX
- » TETRACOQ
- » TTRACT-HIB
- » TETRAVAC-ACELLULAIRE
- » TICOVAC
- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q144 (quantité)

A quelle date a eu lieu le sixième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer le mois

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre l')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre l')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)

» HEXAVAC	_____
» HIBEST	_____
» IMMU ORR	_____
» IMMUGRIP	_____
» IMOVAX OREILLONS	_____
» IMOVAX POLIO	_____
» INFANRIX DTCaP	_____
» INFANRIX HEXA	_____
» INFANRIX P	_____
» INFANRIX POLIO	_____
» INFANRIX POLIO-HIB	_____
» INFANRIX QUINTA	_____
» INFANRIX TETRA	_____
» INFLUVAC	_____
» MENINGITEC	_____
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	_____
» MENINVACT	_____
» MENJUGATE	_____
» MENOMUNE	_____
» MERIEUX DTPOLIO	_____
» MERIEUX TPOLIO	_____
» MERIEUX VARICELLE	_____
» MUTAGRIP	_____
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	_____
» PASTEUR DTC	_____
» PASTEUR DTCP	_____
» PASTEUR DTP	_____
» PASTEUR DTTAB	_____
» PASTEUR HEVAC B	_____
» PASTEUR RABIQUE	_____
» PASTEUR TAB	_____
» PASTEUR TETANIQUE	_____
» PASTEUR TP	_____
» PASTEUR TRIMOVAX	_____
» PENTACOQ	_____
» PENTAVAC	_____
» PENT-HIBEST	_____
» PNEUMO 23	_____
» POLIO IMOVAX	_____
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	_____
» POLIO(ANTI-) VIVANT	_____
» POLIOMYELITIQUE ORAL	_____
» POLIOVAC ORAL SABIN	_____
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	_____
» PREVENAR	_____
» PREVIGRIP	_____
» PRIORIX	_____
» REVAXIS	_____
» ROR	_____
» ROR VAX	_____
» ROUVAX	_____
» RUDI ROUVAX	_____
» RUDIVAX	_____
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	_____
» SABIN POLIOVAC ORAL	_____
» STAMARIL	_____
» TAB (PASTEUR)	_____
» TETANIQUE (PASTEUR)	_____
» TETAVAX	_____
» TETRACOQ	_____
» TTRACT-HIB	_____

- » TETRAVAC-ACELLULAIRE
- » TICOVAC
- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q145 (quantité)

A quelle date a eu lieu le sixième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer l'année

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre l')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre l')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC
- » HIBEST
- » IMMU ORR
- » IMMUGRIP
- » IMOVAX OREILLONS
- » IMOVAX POLIO
- » INFANRIX DTCaP
- » INFANRIX HEXA
- » INFANRIX P
- » INFANRIX POLIO
- » INFANRIX POLIO-HIB
- » INFANRIX QUINTA
- » INFANRIX TETRA
- » INFLUVAC
- » MENINGITEC

» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	
» MENINVACT	
» MENJUGATE	
» MENOMUNE	
» MERIEUX DTPOLIO	
» MERIEUX TPOLIO	
» MERIEUX VARICELLE	
» MUTAGRIP	
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	
» PASTEUR DTC	
» PASTEUR DTCP	
» PASTEUR DTP	
» PASTEUR DTTAB	
» PASTEUR HEVAC B	
» PASTEUR RABIQUE	
» PASTEUR TAB	
» PASTEUR TETANIQUE	
» PASTEUR TP	
» PASTEUR TRIMOVAX	
» PENTACOQ	
» PENTAVAC	
» PENT-HIBEST	
» PNEUMO 23	
» POLIO IMOVAX	
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	
» POLIO(ANTI-) VIVANT	
» POLIOMYELITIQUE ORAL	
» POLIOVAC ORAL SABIN	
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	
» PREVENAR	
» PREVIGRIP	
» PRIORIX	
» REVAXIS	
» ROR	
» ROR VAX	
» ROUVAX	
» RUDI ROUVAX	
» RUDIVAX	
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	
» SABIN POLIOVAC ORAL	
» STAMARIL	
» TAB (PASTEUR)	
» TETANIQUE (PASTEUR)	
» TETAVAX	
» TETRACOQ	
» TTRACT-HIB	
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	
» TICOVAC	
» TP (PASTEUR)	
» TPOLIO (MERIEUX)	
» TRIMOVAX (PASTEUR)	
» TWINRIX	
» TYPHERIX	
» TYPHIM Vi	
» VAQTA	
» VARICELLE (MERIEUX)	
» VAXICOQ	
» VAXIGRIP	
» VAXIGRIP ENFANTS	
» VERORAB	
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	

■ Q146 (quantité)

A quelle date a eu lieu le septième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer le jour

- | | |
|-------------------------------------|-------|
| » ACT HIB | _____ |
| » ANTIPOLIO INACTIVE | _____ |
| » ANTIPOLIO VIVANT | _____ |
| » AVAXIM | _____ |
| » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS | _____ |
| » DIFTAVAX | _____ |
| » DTBIS RUDIVAX | _____ |
| » DTC (PASTEUR) | _____ |
| » DTCOQ | _____ |
| » DTCP (PASTEUR) | _____ |
| » DTP (PASTEUR) | _____ |
| » DTPOLIO (MERIEUX) | _____ |
| » DTTAB (PASTEUR) | _____ |
| » DTVAX | _____ |
| » ENGERIX B | _____ |
| » FLUARIX | _____ |
| » FLUVIRINE | _____ |
| » GENHEVAC B | _____ |
| » HAVRIX | _____ |
| » HBVAX DNA | _____ |
| » HEPATITE A (vaccin contre l') | _____ |
| » HEPATITE A CIS (vaccin contre l') | _____ |
| » HEPATITE B CIS | _____ |
| » HEVAC B (PASTEUR) | _____ |
| » HEXAVAC | _____ |
| » HIBEST | _____ |
| » IMMU ORR | _____ |
| » IMMUGRIP | _____ |
| » IMOVAX OREILLONS | _____ |
| » IMOVAX POLIO | _____ |
| » INFANRIX DTCaP | _____ |
| » INFANRIX HEXA | _____ |
| » INFANRIX P | _____ |
| » INFANRIX POLIO | _____ |
| » INFANRIX POLIO-HIB | _____ |
| » INFANRIX QUINTA | _____ |
| » INFANRIX TETRA | _____ |
| » INFLUVAC | _____ |
| » MENINGITEC | _____ |
| » MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside) | _____ |
| » MENINVACT | _____ |
| » MENJUGATE | _____ |
| » MENOMUNE | _____ |
| » MERIEUX DTPOLIO | _____ |
| » MERIEUX TPOLIO | _____ |
| » MERIEUX VARICELLE | _____ |
| » MUTAGRIP | _____ |
| » OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD | _____ |
| » PASTEUR DTC | _____ |
| » PASTEUR DTCP | _____ |
| » PASTEUR DTP | _____ |
| » PASTEUR DTTAB | _____ |
| » PASTEUR HEVAC B | _____ |
| » PASTEUR RABIQUE | _____ |

» PASTEUR TAB	_____
» PASTEUR TETANIQUE	_____
» PASTEUR TP	_____
» PASTEUR TRIMOVAX	_____
» PENTACOQ	_____
» PENTAVAC	_____
» PENT-HIBEST	_____
» PNEUMO 23	_____
» POLIO IMOVAX	_____
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	_____
» POLIO(ANTI-) VIVANT	_____
» POLIOMYELITIQUE ORAL	_____
» POLIOVAC ORAL SABIN	_____
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	_____
» PREVENAR	_____
» PREVIGRIP	_____
» PRIORIX	_____
» REVAXIS	_____
» ROR	_____
» ROR VAX	_____
» ROUVAX	_____
» RUDI ROUVAX	_____
» RUDIVAX	_____
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	_____
» SABIN POLIOVAC ORAL	_____
» STAMARIL	_____
» TAB (PASTEUR)	_____
» TETANIQUE (PASTEUR)	_____
» TETAVAX	_____
» TETRACOQ	_____
» TTRACT-HIB	_____
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	_____
» TICOVAC	_____
» TP (PASTEUR)	_____
» TPOLIO (MERIEUX)	_____
» TRIMOVAX (PASTEUR)	_____
» TWINRIX	_____
» TYPHERIX	_____
» TYPHIM Vi	_____
» VAQTA	_____
» VARICELLE (MERIEUX)	_____
» VAXICOQ	_____
» VAXIGRIP	_____
» VAXIGRIP ENFANTS	_____
» VERORAB	_____
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	_____

■ Q147 (quantité)

A quelle date a eu lieu le septième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer le mois

» ACT HIB	_____
» ANTIPOLIO INACTIVE	_____
» ANTIPOLIO VIVANT	_____
» AVAXIM	_____
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	_____
» DIFTAVAX	_____
» DTBIS RUDIVAX	_____
» DTC (PASTEUR)	_____
» DTCOQ	_____

» DTCP (PASTEUR)	_____
» DTP (PASTEUR)	_____
» DTPOLIO (MERIEUX)	_____
» DTTAB (PASTEUR)	_____
» DTVAX	_____
» ENGERIX B	_____
» FLUARIX	_____
» FLUVIRINE	_____
» GENHEVAC B	_____
» HAVRIX	_____
» HBVAX DNA	_____
» HEPATITE A (vaccin contre l')	_____
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	_____
» HEPATITE B CIS	_____
» HEVAC B (PASTEUR)	_____
» HEXAVAC	_____
» HIBEST	_____
» IMMU ORR	_____
» IMMUGRIP	_____
» IMOVAX OREILLONS	_____
» IMOVAX POLIO	_____
» INFANRIX DTCaP	_____
» INFANRIX HEXA	_____
» INFANRIX P	_____
» INFANRIX POLIO	_____
» INFANRIX POLIO-HIB	_____
» INFANRIX QUINTA	_____
» INFANRIX TETRA	_____
» INFLUVAC	_____
» MENINGITEC	_____
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	_____
» MENINVACT	_____
» MENJUGATE	_____
» MENOMUNE	_____
» MERIEUX DTPOLIO	_____
» MERIEUX TPOLIO	_____
» MERIEUX VARICELLE	_____
» MUTAGRIP	_____
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	_____
» PASTEUR DTC	_____
» PASTEUR DTCP	_____
» PASTEUR DTP	_____
» PASTEUR DTTAB	_____
» PASTEUR HEVAC B	_____
» PASTEUR RABIQUE	_____
» PASTEUR TAB	_____
» PASTEUR TETANIQUE	_____
» PASTEUR TP	_____
» PASTEUR TRIMOVAX	_____
» PENTACOQ	_____
» PENTAVAC	_____
» PENT-HIBEST	_____
» PNEUMO 23	_____
» POLIO IMOVAX	_____
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	_____
» POLIO(ANTI-) VIVANT	_____
» POLIOMYELITIQUE ORAL	_____
» POLIOVAC ORAL SABIN	_____
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	_____
» PREVENAR	_____

- » PREVIGRIP
- » PRIORIX
- » REVAXIS
- » ROR
- » ROR VAX
- » ROUVAX
- » RUDI ROUVAX
- » RUDIVAX
- » SABIN ANTIPOLIO BUCCAL
- » SABIN POLIOVAC ORAL
- » STAMARIL
- » TAB (PASTEUR)
- » TETANIQUE (PASTEUR)
- » TETAVAX
- » TETRACOQ
- » TTRACT-HIB
- » TETRAVAC-ACELLULAIRE
- » TICOVAC
- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q148 (quantité)

A quelle date a eu lieu le septième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer l'année

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre l')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre l')
- » HEPATITE B CIS

» HEVAC B (PASTEUR)	
» HEXAVAC	
» HIBEST	
» IMMU ORR	
» IMMUGRIP	
» IMOVAX OREILLONS	
» IMOVAX POLIO	
» INFANRIX DTCaP	
» INFANRIX HEXA	
» INFANRIX P	
» INFANRIX POLIO	
» INFANRIX POLIO-HIB	
» INFANRIX QUINTA	
» INFANRIX TETRA	
» INFLUVAC	
» MENINGITEC	
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	
» MENINVACT	
» MENJUGATE	
» MENOMUNE	
» MERIEUX DTPOLIO	
» MERIEUX TPOLIO	
» MERIEUX VARICELLE	
» MUTAGRIP	
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	
» PASTEUR DTC	
» PASTEUR DTCP	
» PASTEUR DTP	
» PASTEUR DTTAB	
» PASTEUR HEVAC B	
» PASTEUR RABIQUE	
» PASTEUR TAB	
» PASTEUR TETANIQUE	
» PASTEUR TP	
» PASTEUR TRIMOVAX	
» PENTACOQ	
» PENTAVAC	
» PENT-HIBEST	
» PNEUMO 23	
» POLIO IMOVAX	
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	
» POLIO(ANTI-) VIVANT	
» POLIOMYELITIQUE ORAL	
» POLIOVAC ORAL SABIN	
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	
» PREVENAR	
» PREVIGRIP	
» PRIORIX	
» REVAXIS	
» ROR	
» ROR VAX	
» ROUVAX	
» RUDI ROUVAX	
» RUDIVAX	
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	
» SABIN POLIOVAC ORAL	
» STAMARIL	
» TAB (PASTEUR)	
» TETANIQUE (PASTEUR)	
» TETAVAX	
» TETRACOQ	

» TTRACT-HIB	_____
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	_____
» TICOVAC	_____
» TP (PASTEUR)	_____
» TPOLIO (MERIEUX)	_____
» TRIMOVAX (PASTEUR)	_____
» TWINRIX	_____
» TYPHERIX	_____
» TYPHIM Vi	_____
» VAQTA	_____
» VARICELLE (MERIEUX)	_____
» VAXICOQ	_____
» VAXIGRIP	_____
» VAXIGRIP ENFANTS	_____
» VERORAB	_____
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	_____

■ Q149 (quantité)

A quelle date a eu lieu le huitième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer le jour

» ACT HIB	___
» ANTIPOLIO INACTIVE	___
» ANTIPOLIO VIVANT	___
» AVAXIM	___
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	___
» DIFTAVAX	___
» DTBIS RUDIVAX	___
» DTC (PASTEUR)	___
» DTCOQ	___
» DTCP (PASTEUR)	___
» DTP (PASTEUR)	___
» DTPOLIO (MERIEUX)	___
» DTTAB (PASTEUR)	___
» DTVAX	___
» ENGERIX B	___
» FLUARIX	___
» FLUVIRINE	___
» GENHEVAC B	___
» HAVRIX	___
» HBVAX DNA	___
» HEPATITE A (vaccin contre l')	___
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	___
» HEPATITE B CIS	___
» HEVAC B (PASTEUR)	___
» HEXAVAC	___
» HIBEST	___
» IMMU ORR	___
» IMMUGRIP	___
» IMOVAX OREILLONS	___
» IMOVAX POLIO	___
» INFANRIX DTCaP	___
» INFANRIX HEXA	___
» INFANRIX P	___
» INFANRIX POLIO	___
» INFANRIX POLIO-HIB	___
» INFANRIX QUINTA	___
» INFANRIX TETRA	___
» INFLUVAC	___

» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL
» ROR VAX	LL
» ROUVAX	LL
» RUDI ROUVAX	LL
» RUDIVAX	LL
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	LL
» SABIN POLIOVAC ORAL	LL
» STAMARIL	LL
» TAB (PASTEUR)	LL
» TETANIQUE (PASTEUR)	LL
» TETAVAX	LL
» TETRACOQ	LL
» TTRACT-HIB	LL
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	LL
» TICOVAC	LL
» TP (PASTEUR)	LL
» TPOLIO (MERIEUX)	LL
» TRIMOVAX (PASTEUR)	LL
» TWINRIX	LL
» TYPHERIX	LL
» TYPHIM Vi	LL
» VAQTA	LL
» VARICELLE (MERIEUX)	LL
» VAXICOQ	LL
» VAXIGRIP	LL
» VAXIGRIP ENFANTS	LL
» VERORAB	LL

» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q150 (quantité)

A quelle date a eu lieu le huitième vaccin de...

ENQ: Indiquer le mois

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre 1')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre 1')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC
- » HIBEST
- » IMMU ORR
- » IMMUGRIP
- » IMOVAX OREILLONS
- » IMOVAX POLIO
- » INFANRIX DTCaP
- » INFANRIX HEXA
- » INFANRIX P
- » INFANRIX POLIO
- » INFANRIX POLIO-HIB
- » INFANRIX QUINTA
- » INFANRIX TETRA
- » INFLUVAC
- » MENINGITEC
- » MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)
- » MENINVACT
- » MENJUGATE
- » MENOMUNE
- » MERIEUX DTPOLIO
- » MERIEUX TPOLIO
- » MERIEUX VARICELLE
- » MUTAGRIP
- » OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD
- » PASTEUR DTC
- » PASTEUR DTCP
- » PASTEUR DTP
- » PASTEUR DTTAB
- » PASTEUR HEVAC B

» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL
» ROR VAX	LL
» ROUVAX	LL
» RUDI ROUVAX	LL
» RUDIVAX	LL
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	LL
» SABIN POLIOVAC ORAL	LL
» STAMARIL	LL
» TAB (PASTEUR)	LL
» TETANIQUE (PASTEUR)	LL
» TETAVAX	LL
» TETRACOQ	LL
» TTRACT-HIB	LL
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	LL
» TICOVAC	LL
» TP (PASTEUR)	LL
» TPOLIO (MERIEUX)	LL
» TRIMOVAX (PASTEUR)	LL
» TWINRIX	LL
» TYPHERIX	LL
» TYPHIM Vi	LL
» VAQTA	LL
» VARICELLE (MERIEUX)	LL
» VAXICOQ	LL
» VAXIGRIP	LL
» VAXIGRIP ENFANTS	LL
» VERORAB	LL
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	LL

■ Q151 (quantité)

A quelle date a eu lieu le huitième vaccin de...

ENQ : Indiquer l'année

» ACT HIB	LL
» ANTIPOLIO INACTIVE	LL
» ANTIPOLIO VIVANT	LL
» AVAXIM	LL
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	LL
» DIFTAVAX	LL
» DTBIS RUDIVAX	LL
» DTC (PASTEUR)	LL

» DTCOQ	_____
» DTCP (PASTEUR)	_____
» DTP (PASTEUR)	_____
» DTPOLIO (MERIEUX)	_____
» DTTAB (PASTEUR)	_____
» DTVAX	_____
» ENGERIX B	_____
» FLUARIX	_____
» FLUVIRINE	_____
» GENHEVAC B	_____
» HAVRIX	_____
» HBVAX DNA	_____
» HEPATITE A (vaccin contre l')	_____
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	_____
» HEPATITE B CIS	_____
» HEVAC B (PASTEUR)	_____
» HEXAVAC	_____
» HIBEST	_____
» IMMU ORR	_____
» IMMUGRIP	_____
» IMOVAX OREILLONS	_____
» IMOVAX POLIO	_____
» INFANRIX DTCaP	_____
» INFANRIX HEXA	_____
» INFANRIX P	_____
» INFANRIX POLIO	_____
» INFANRIX POLIO-HIB	_____
» INFANRIX QUINTA	_____
» INFANRIX TETRA	_____
» INFLUVAC	_____
» MENINGITEC	_____
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	_____
» MENINVACT	_____
» MENJUGATE	_____
» MENOMUNE	_____
» MERIEUX DTPOLIO	_____
» MERIEUX TPOLIO	_____
» MERIEUX VARICELLE	_____
» MUTAGRIP	_____
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	_____
» PASTEUR DTC	_____
» PASTEUR DTCP	_____
» PASTEUR DTP	_____
» PASTEUR DTTAB	_____
» PASTEUR HEVAC B	_____
» PASTEUR RABIQUE	_____
» PASTEUR TAB	_____
» PASTEUR TETANIQUE	_____
» PASTEUR TP	_____
» PASTEUR TRIMOVAX	_____
» PENTACOQ	_____
» PENTAVAC	_____
» PENT-HIBEST	_____
» PNEUMO 23	_____
» POLIO IMOVAX	_____
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	_____
» POLIO(ANTI-) VIVANT	_____
» POLIOMYELITIQUE ORAL	_____
» POLIOVAC ORAL SABIN	_____
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	_____

» PREVENAR	_____
» PREVIGRIP	_____
» PRIORIX	_____
» REVAXIS	_____
» ROR	_____
» ROR VAX	_____
» ROUVAX	_____
» RUDI ROUVAX	_____
» RUDIVAX	_____
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	_____
» SABIN POLIOVAC ORAL	_____
» STAMARIL	_____
» TAB (PASTEUR)	_____
» TETANIQUE (PASTEUR)	_____
» TETAVAX	_____
» TETRACOQ	_____
» TTRACT-HIB	_____
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	_____
» TICOVAC	_____
» TP (PASTEUR)	_____
» TPOLIO (MERIEUX)	_____
» TRIMOVAX (PASTEUR)	_____
» TWINRIX	_____
» TYPHERIX	_____
» TYPHIM Vi	_____
» VAQTA	_____
» VARICELLE (MERIEUX)	_____
» VAXICOQ	_____
» VAXIGRIP	_____
» VAXIGRIP ENFANTS	_____
» VERORAB	_____
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	_____

■ Q152 (quantité)

A quelle date a eu lieu le neuvième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer le jour

» ACT HIB	___
» ANTIPOLIO INACTIVE	___
» ANTIPOLIO VIVANT	___
» AVAXIM	___
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	___
» DIFTAVAX	___
» DTBIS RUDIVAX	___
» DTC (PASTEUR)	___
» DTCOQ	___
» DTCP (PASTEUR)	___
» DTP (PASTEUR)	___
» DTPOLIO (MERIEUX)	___
» DTTAB (PASTEUR)	___
» DTVAX	___
» ENGERIX B	___
» FLUARIX	___
» FLUVIRINE	___
» GENHEVAC B	___
» HAVRIX	___
» HBVAX DNA	___
» HEPATITE A (vaccin contre 1')	___
» HEPATITE A CIS (vaccin contre 1')	___

» HEPATITE B CIS	LL
» HEVAC B (PASTEUR)	LL
» HEXAVAC	LL
» HIBEST	LL
» IMMU ORR	LL
» IMMUGRIP	LL
» IMOVAX OREILLONS	LL
» IMOVAX POLIO	LL
» INFANRIX DTCaP	LL
» INFANRIX HEXA	LL
» INFANRIX P	LL
» INFANRIX POLIO	LL
» INFANRIX POLIO-HIB	LL
» INFANRIX QUINTA	LL
» INFANRIX TETRA	LL
» INFLUVAC	LL
» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL
» ROR VAX	LL
» ROUVAX	LL
» RUDI ROUVAX	LL
» RUDIVAX	LL
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	LL
» SABIN POLIOVAC ORAL	LL
» STAMARIL	LL
» TAB (PASTEUR)	LL
» TETANIQUE (PASTEUR)	LL
» TETAVAX	LL

» TETRACOQ	LL
» TTRACT-HIB	LL
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	LL
» TICOVAC	LL
» TP (PASTEUR)	LL
» TPOLIO (MERIEUX)	LL
» TRIMOVAX (PASTEUR)	LL
» TWINRIX	LL
» TYPHERIX	LL
» TYPHIM Vi	LL
» VAQTA	LL
» VARICELLE (MERIEUX)	LL
» VAXICOQ	LL
» VAXIGRIP	LL
» VAXIGRIP ENFANTS	LL
» VERORAB	LL
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	LL

■ Q153 (quantité)

A quelle date a eu lieu le neuvième vaccin de...

ENQ : Indiquer le mois SI AUCUN TAPER FIN+ENTREE

» ACT HIB	LL
» ANTIPOLIO INACTIVE	LL
» ANTIPOLIO VIVANT	LL
» AVAXIM	LL
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	LL
» DIFTAVAX	LL
» DTBIS RUDIVAX	LL
» DTC (PASTEUR)	LL
» DTCOQ	LL
» DTCP (PASTEUR)	LL
» DTP (PASTEUR)	LL
» DTPOLIO (MERIEUX)	LL
» DTTAB (PASTEUR)	LL
» DTVAX	LL
» ENGERIX B	LL
» FLUARIX	LL
» FLUVIRINE	LL
» GENHEVAC B	LL
» HAVRIX	LL
» HBVAX DNA	LL
» HEPATITE A (vaccin contre 1')	LL
» HEPATITE A CIS (vaccin contre 1')	LL
» HEPATITE B CIS	LL
» HEVAC B (PASTEUR)	LL
» HEXAVAC	LL
» HIBEST	LL
» IMMU ORR	LL
» IMMUGRIP	LL
» IMOVAX OREILLONS	LL
» IMOVAX POLIO	LL
» INFANRIX DTCaP	LL
» INFANRIX HEXA	LL
» INFANRIX P	LL
» INFANRIX POLIO	LL
» INFANRIX POLIO-HIB	LL
» INFANRIX QUINTA	LL
» INFANRIX TETRA	LL

» INFLUVAC	LL
» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL
» ROR VAX	LL
» ROUVAX	LL
» RUDI ROUVAX	LL
» RUDIVAX	LL
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	LL
» SABIN POLIOVAC ORAL	LL
» STAMARIL	LL
» TAB (PASTEUR)	LL
» TETANIQUE (PASTEUR)	LL
» TETAVAX	LL
» TETRACOQ	LL
» TTRACT-HIB	LL
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	LL
» TICOVAC	LL
» TP (PASTEUR)	LL
» TPOLIO (MERIEUX)	LL
» TRIMOVAX (PASTEUR)	LL
» TWINRIX	LL
» TYPHERIX	LL
» TYPHIM Vi	LL
» VAQTA	LL
» VARICELLE (MERIEUX)	LL
» VAXICOQ	LL
» VAXIGRIP	LL
» VAXIGRIP ENFANTS	LL

- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q154 (quantité)

A quelle date a eu lieu le neuvième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer l'année

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre l')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre l')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC
- » HIBEST
- » IMMU ORR
- » IMMUGRIP
- » IMOVAX OREILLONS
- » IMOVAX POLIO
- » INFANRIX DTCaP
- » INFANRIX HEXA
- » INFANRIX P
- » INFANRIX POLIO
- » INFANRIX POLIO-HIB
- » INFANRIX QUINTA
- » INFANRIX TETRA
- » INFLUVAC
- » MENINGITEC
- » MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)
- » MENINVACT
- » MENJUGATE
- » MENOMUNE
- » MERIEUX DTPOLIO
- » MERIEUX TPOLIO
- » MERIEUX VARICELLE
- » MUTAGRIP
- » OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD
- » PASTEUR DTC
- » PASTEUR DTCP
- » PASTEUR DTP
- » PASTEUR DTTAB

» PASTEUR HEVAC B	_____
» PASTEUR RABIQUE	_____
» PASTEUR TAB	_____
» PASTEUR TETANIQUE	_____
» PASTEUR TP	_____
» PASTEUR TRIMOVAX	_____
» PENTACOQ	_____
» PENTAVAC	_____
» PENT-HIBEST	_____
» PNEUMO 23	_____
» POLIO IMOVAX	_____
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	_____
» POLIO(ANTI-) VIVANT	_____
» POLIOMYELITIQUE ORAL	_____
» POLIOVAC ORAL SABIN	_____
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	_____
» PREVENAR	_____
» PREVIGRIP	_____
» PRIORIX	_____
» REVAXIS	_____
» ROR	_____
» ROR VAX	_____
» ROUVAX	_____
» RUDI ROUVAX	_____
» RUDIVAX	_____
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	_____
» SABIN POLIOVAC ORAL	_____
» STAMARIL	_____
» TAB (PASTEUR)	_____
» TETANIQUE (PASTEUR)	_____
» TETAVAX	_____
» TETRACOQ	_____
» TTRACT-HIB	_____
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	_____
» TICOVAC	_____
» TP (PASTEUR)	_____
» TPOLIO (MERIEUX)	_____
» TRIMOVAX (PASTEUR)	_____
» TWINRIX	_____
» TYPHERIX	_____
» TYPHIM Vi	_____
» VAQTA	_____
» VARICELLE (MERIEUX)	_____
» VAXICOQ	_____
» VAXIGRIP	_____
» VAXIGRIP ENFANTS	_____
» VERORAB	_____
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	_____

■ Q155 (quantité)

A quelle date a eu lieu le dixième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer le jour

» ACT HIB	___
» ANTIPOLIO INACTIVE	___
» ANTIPOLIO VIVANT	___
» AVAXIM	___
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	___
» DIFTAVAX	___
» DTBIS RUDIVAX	___

» DTC (PASTEUR)	LL
» DTCOQ	LL
» DTCP (PASTEUR)	LL
» DTP (PASTEUR)	LL
» DTPOLIO (MERIEUX)	LL
» DTTAB (PASTEUR)	LL
» DTVAX	LL
» ENGERIX B	LL
» FLUARIX	LL
» FLUVIRINE	LL
» GENHEVAC B	LL
» HAVRIX	LL
» HBVAX DNA	LL
» HEPATITE A (vaccin contre l')	LL
» HEPATITE A CIS (vaccin contre l')	LL
» HEPATITE B CIS	LL
» HEVAC B (PASTEUR)	LL
» HEXAVAC	LL
» HIBEST	LL
» IMMU ORR	LL
» IMMUGRIP	LL
» IMOVAX OREILLONS	LL
» IMOVAX POLIO	LL
» INFANRIX DTCaP	LL
» INFANRIX HEXA	LL
» INFANRIX P	LL
» INFANRIX POLIO	LL
» INFANRIX POLIO-HIB	LL
» INFANRIX QUINTA	LL
» INFANRIX TETRA	LL
» INFLUVAC	LL
» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL

» POLYOSIDIQUE MENINGOCOCC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL
» ROR VAX	LL
» ROUVAX	LL
» RUDI ROUVAX	LL
» RUDIVAX	LL
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	LL
» SABIN POLIOVAC ORAL	LL
» STAMARIL	LL
» TAB (PASTEUR)	LL
» TETANIQUE (PASTEUR)	LL
» TETAVAX	LL
» TETRACOQ	LL
» TTRACT-HIB	LL
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	LL
» TICOVAC	LL
» TP (PASTEUR)	LL
» TPOLIO (MERIEUX)	LL
» TRIMOVAX (PASTEUR)	LL
» TWINRIX	LL
» TYPHERIX	LL
» TYPHIM Vi	LL
» VAQTA	LL
» VARICELLE (MERIEUX)	LL
» VAXICOQ	LL
» VAXIGRIP	LL
» VAXIGRIP ENFANTS	LL
» VERORAB	LL
» VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE	LL

■ Q156 (quantité)

A quelle date a eu lieu le dixième vaccin de...

ENQ : Indiquer le mois SI AUCUN TAPER FIN+ENTREE

» ACT HIB	LL
» ANTIPOLIO INACTIVE	LL
» ANTIPOLIO VIVANT	LL
» AVAXIM	LL
» AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS	LL
» DIFTAVAX	LL
» DTBIS RUDIVAX	LL
» DTC (PASTEUR)	LL
» DTCOQ	LL
» DTCP (PASTEUR)	LL
» DTP (PASTEUR)	LL
» DTPOLIO (MERIEUX)	LL
» DTTAB (PASTEUR)	LL
» DTVAX	LL
» ENGERIX B	LL
» FLUARIX	LL
» FLUVIRINE	LL
» GENHEVAC B	LL
» HAVRIX	LL
» HBVAX DNA	LL
» HEPATITE A (vaccin contre l')	LL
» HEPATITE A CIS (vaccin contre	LL

1')	
» HEPATITE B CIS	LL
» HEVAC B (PASTEUR)	LL
» HEXAVAC	LL
» HIBEST	LL
» IMMU ORR	LL
» IMMUGRIP	LL
» IMOVAX OREILLONS	LL
» IMOVAX POLIO	LL
» INFANRIX DTCaP	LL
» INFANRIX HEXA	LL
» INFANRIX P	LL
» INFANRIX POLIO	LL
» INFANRIX POLIO-HIB	LL
» INFANRIX QUINTA	LL
» INFANRIX TETRA	LL
» INFLUVAC	LL
» MENINGITEC	LL
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	LL
» MENINVACT	LL
» MENJUGATE	LL
» MENOMUNE	LL
» MERIEUX DTPOLIO	LL
» MERIEUX TPOLIO	LL
» MERIEUX VARICELLE	LL
» MUTAGRIP	LL
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	LL
» PASTEUR DTC	LL
» PASTEUR DTCP	LL
» PASTEUR DTP	LL
» PASTEUR DTTAB	LL
» PASTEUR HEVAC B	LL
» PASTEUR RABIQUE	LL
» PASTEUR TAB	LL
» PASTEUR TETANIQUE	LL
» PASTEUR TP	LL
» PASTEUR TRIMOVAX	LL
» PENTACOQ	LL
» PENTAVAC	LL
» PENT-HIBEST	LL
» PNEUMO 23	LL
» POLIO IMOVAX	LL
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	LL
» POLIO(ANTI-) VIVANT	LL
» POLIOMYELITIQUE ORAL	LL
» POLIOVAC ORAL SABIN	LL
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	LL
» PREVENAR	LL
» PREVIGRIP	LL
» PRIORIX	LL
» REVAXIS	LL
» ROR	LL
» ROR VAX	LL
» ROUVAX	LL
» RUDI ROUVAX	LL
» RUDIVAX	LL
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	LL
» SABIN POLIOVAC ORAL	LL
» STAMARIL	LL
» TAB (PASTEUR)	LL
» TETANIQUE (PASTEUR)	LL

- » TETAVAX
- » TETRACOQ
- » TTRACT-HIB
- » TETRAVAC-ACELLULAIRE
- » TICOVAC
- » TP (PASTEUR)
- » TPOLIO (MERIEUX)
- » TRIMOVAX (PASTEUR)
- » TWINRIX
- » TYPHERIX
- » TYPHIM Vi
- » VAQTA
- » VARICELLE (MERIEUX)
- » VAXICOQ
- » VAXIGRIP
- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q157 (quantité)

A quelle date a eu lieu le dixième vaccin de...

ENQUETEUR : Indiquer l'année

- » ACT HIB
- » ANTIPOLIO INACTIVE
- » ANTIPOLIO VIVANT
- » AVAXIM
- » AVENTIS PASTEUR MSD OREILLONS
- » DIFTAVAX
- » DTBIS RUDIVAX
- » DTC (PASTEUR)
- » DTCOQ
- » DTCP (PASTEUR)
- » DTP (PASTEUR)
- » DTPOLIO (MERIEUX)
- » DTTAB (PASTEUR)
- » DTVAX
- » ENGERIX B
- » FLUARIX
- » FLUVIRINE
- » GENHEVAC B
- » HAVRIX
- » HBVAX DNA
- » HEPATITE A (vaccin contre l')
- » HEPATITE A CIS (vaccin contre l')
- » HEPATITE B CIS
- » HEVAC B (PASTEUR)
- » HEXAVAC
- » HIBEST
- » IMMU ORR
- » IMMUGRIP
- » IMOVAX OREILLONS
- » IMOVAX POLIO
- » INFANRIX DTCaP
- » INFANRIX HEXA
- » INFANRIX P
- » INFANRIX POLIO
- » INFANRIX POLIO-HIB
- » INFANRIX QUINTA

» INFANRIX TETRA	_____
» INFLUVAC	_____
» MENINGITEC	_____
» MENINGOCOCCIQUE A+C (polyoside)	_____
» MENINVACT	_____
» MENJUGATE	_____
» MENOMUNE	_____
» MERIEUX DTPOLIO	_____
» MERIEUX TPOLIO	_____
» MERIEUX VARICELLE	_____
» MUTAGRIP	_____
» OREILLONS AVENTIS PASTEUR MSD	_____
» PASTEUR DTC	_____
» PASTEUR DTCP	_____
» PASTEUR DTP	_____
» PASTEUR DTTAB	_____
» PASTEUR HEVAC B	_____
» PASTEUR RABIQUE	_____
» PASTEUR TAB	_____
» PASTEUR TETANIQUE	_____
» PASTEUR TP	_____
» PASTEUR TRIMOVAX	_____
» PENTACOQ	_____
» PENTAVAC	_____
» PENT-HIBEST	_____
» PNEUMO 23	_____
» POLIO IMOVAX	_____
» POLIO(ANTI-) INACTIVE	_____
» POLIO(ANTI-) VIVANT	_____
» POLIOMYELITIQUE ORAL	_____
» POLIOVAC ORAL SABIN	_____
» POLYOSIDIQUE MENINGOCOC A+C	_____
» PREVENAR	_____
» PREVIGRIP	_____
» PRIORIX	_____
» REVAXIS	_____
» ROR	_____
» ROR VAX	_____
» ROUVAX	_____
» RUDI ROUVAX	_____
» RUDIVAX	_____
» SABIN ANTIPOLIO BUCCAL	_____
» SABIN POLIOVAC ORAL	_____
» STAMARIL	_____
» TAB (PASTEUR)	_____
» TETANIQUE (PASTEUR)	_____
» TETAVAX	_____
» TETRACOQ	_____
» TTRACT-HIB	_____
» TETRAVAC-ACELLULAIRE	_____
» TICOVAC	_____
» TP (PASTEUR)	_____
» TPOLIO (MERIEUX)	_____
» TRIMOVAX (PASTEUR)	_____
» TWINRIX	_____
» TYPHERIX	_____
» TYPHIM Vi	_____
» VAQTA	_____
» VARICELLE (MERIEUX)	_____
» VAXICOQ	_____
» VAXIGRIP	_____

- » VAXIGRIP ENFANTS
- » VERORAB
- » VIVANT ANTIPOLIOMYELITIQUE

■ Q158 (exclusive)

Q14B

a-t-il(elle) eu l'une des infections suivantes ?

- | | |
|---|---------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non --- |
| 3 | NSP |

» Angines	1	2	3
» Otites	1	2	3
» Rhumes rhinopharyngites rhinites pharyngites laryngites autre infections ORL	1	2	3
» Bronchiolites	1	2	3
» Autres Infections pulmonaires	1	2	3
» Gastro-entérites	1	2	3
» Infections urinaires	1	2	3

■ Q159 (exclusive)

Q14B2 Combien en a t-il (elle) eu...

...avant l'age de un an ?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | Au moins 1 par mois |
| 2 | Environ 1 par trimestre |
| 3 | Moins souvent |
| 4 | Aucune |
| 5 | NSP |

» Angines	1	2	3	4	5
» Otites	1	2	3	4	5
» Rhumes rhinopharyngites rhinites pharyngites laryngites autre infections ORL	1	2	3	4	5
» Bronchiolites	1	2	3	4	5
» Autres Infections pulmonaires	1	2	3	4	5
» Gastro-entérites	1	2	3	4	5
» Infections urinaires	1	2	3	4	5

■ Q160 (exclusive)

Q14B2 Combien en a t-il (elle) eu...

...après un an et avant 2 ans ?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | Au moins 1 par mois |
| 2 | Environ 1 par trimestre |
| 3 | Moins souvent |
| 4 | Aucune |
| 5 | NSP |

» Angines	1	2	3	4	5
» Otites	1	2	3	4	5
» Rhumes rhinopharyngites	1	2	3	4	5
rhinites pharyngites					
laryngites autre					
infections ORL					
» Bronchiolites	1	2	3	4	5
» Autres Infections	1	2	3	4	5
pulmonaires					
» Gastro-entérites	1	2	3	4	5
» Infections urinaires	1	2	3	4	5

■ Q161 (exclusive)

Q14B2 Combien en a t-il (elle) eu...

...après l'âge de 2 ans et avant 3 ans ?

1	Au moins 1 par mois
2	Environ 1 par trimestre
3	Moins souvent
4	Aucune
5	NSP

» Angines	1	2	3	4	5
» Otites	1	2	3	4	5
» Rhumes rhinopharyngites	1	2	3	4	5
rhinites pharyngites					
laryngites autre					
infections ORL					
» Bronchiolites	1	2	3	4	5
» Autres Infections	1	2	3	4	5
pulmonaires					
» Gastro-entérites	1	2	3	4	5
» Infections urinaires	1	2	3	4	5

■ Q162 (exclusive)

Q14B2 Combien en a t-il (elle) eu...

...après 3 ans et avant 5 ans ?

1	Au moins 1 par mois
2	Environ 1 par trimestre
3	Moins souvent
4	Aucune
5	NSP

» Angines	1	2	3	4	5
» Otites	1	2	3	4	5
» Rhumes rhinopharyngites	1	2	3	4	5
rhinites pharyngites					
laryngites autre					
infections ORL					
» Bronchiolites	1	2	3	4	5

» Autres Infections pulmonaires	1	2	3	4	5
» Gastro-entérites	1	2	3	4	5
» Infections urinaires	1	2	3	4	5

■ Q163 (exclusive)

Q14B2 Combien en a t-il (elle) eu...

...après 5 ans ?

1	Au moins 1 par mois
2	Environ 1 par trimestre
3	Moins souvent
4	Aucune
5	NSP

» Angines	1	2	3	4	5
» Otites	1	2	3	4	5
» Rhumes rhinopharyngites rhinites pharyngites laryngites autre infections ORL	1	2	3	4	5
» Bronchiolites	1	2	3	4	5
» Autres Infections pulmonaires	1	2	3	4	5
» Gastro-entérites	1	2	3	4	5
» Infections urinaires	1	2	3	4	5

■ Q165 (exclusive)

Q16_11 A-t-il (elle) déjà été opéré(e) ... ?

1	Oui
2	Non ----
3	Nsp

» de l'appendicite	1	2	3
» des amygdales	1	2	3
» des végétations	1	2	3

■ Q166 (quantité)

Q16_21 En quelle ANNEE ou à quel AGE a-t-il (elle) été opéré(e) ?

Si moins d'1 an SAISIR 0.

» L'appendicite	_ _ _ _ _
» Les amygdales	_ _ _ _ _
» Les végétations	_ _ _ _ _

■ Q167 (multiple)

Q16_12 Et a-t-il (elle) été opéré(e) pour les raisons suivantes

1	Pose de yoyo ou	1	NSP
---	-----------------	---	-----

1	aérateurs	1	Aucune
	transtympaniques	1	Autre1
1	reflux	1	Autre2
	gastro-oesophagien	1	Autre3
1	reflux urinaire ou	1	Autre4
	vésico urétéral		
1	pour une malformation		
	congénitale		
1	fractures -----		

	Autres (taper inser)		

■ Q168 (ouverte)

Q16_T1 Autres opérations :

■ Q169 (quantité)

Q16_21 En quelle ANNEE ou à quel AGE a-t-il (elle) été opéré(e) ?

Si moins d'1 an SAISIR 0.

- » Pose de yoyo ou aérateurs transtympaniques
- » reflux gastro-oesophagien
- » reflux urinaire ou vésico urétéral
- » pour une malformation congénitale
- » fractures
- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4

■ Q170 (exclusive)

Q17 A-t-il (elle) eu un (des) traumatisme(s) crânien qui a (ont) nécessité une hospitalisation ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q171 (quantité)

Q17_2 Combien y a t-il eu de traumatismes crâniens avec hospitalisation ?

■ Q172 (quantité)

Q17_31 Pour le traumatisme : en quelle ANNEE ou à quel AGE a-t-il été hospitalisé ?

ENQUETEUR : Si ANNEE SAISIR l'ANNEE sur 4 positions (ex 1990). Si moins d'1 an SAISIR 0.

» 1er

» Second

» troisième

■ Q173 (exclusive)

Q17_41 Y a t-il eu perte de connaissance lors du traumatisme ?

1	Oui
2	Non
3	Ne sais plus

» 1er	1	2	3
» Second	1	2	3
» Troisième	1	2	3

■ Q174 (exclusive)

Q17B A-t-il (elle) été hospitalisé(e) pour d'autres causes que celles évoquées précédemment ?

1	Oui
2	Non

■ Q175 (quantité)

Q17B_2 Combien de fois ?

■ Q176 (quantité)

Q17B31 En quelle ANNEE ou à quel AGE a-t-il été hospitalisé

Si moins d'1 an SAISIR 0.

» la première fois

» la seconde fois

» la troisième fois

■ Q177 (ouverte)

Q17B51 Pour quel motif a-t-il été hospitalisé

» la première fois

» la seconde fois

» la troisième fois

■ Q178 (exclusive)

Q18 A-t-il (elle) déjà reçu(e) des transfusions sanguines (ATTENTION il ne s'agit pas de perfusion) ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q179 (quantité)

Q18_2 Combien ?

■ Q180 (quantité)

Q18-31 En quelle ANNEE ou à quel AGE a-t-il (elle) été transfusé

Si moins d'1 an SAISIR 0.

- | | |
|---------------------|----------------------|
| » la première fois | <input type="text"/> |
| » la seconde fois | <input type="text"/> |
| » la troisième fois | <input type="text"/> |

■ Q181 (ouverte)

Q17-51 Pourquoi

a-t-il (elle) été transfusé(e)

» la première fois

» la seconde fois

» la troisième fois

■ Q182 (exclusive)

Q20 A-t-il (elle) eu un traitement par hormones de croissance ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q183 (quantité)

Q20_4 De quel AGE à quel AGE ? ENQUETEUR : Si moins d'1 an coder 0.

» De :
 » A :

■ Q184 (exclusive)

Q22 A-t-il (elle) eu une désensibilisation (anti-allergique) par injection ?

- | | |
|---|---------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non --- |
| 3 | NSP |

■ Q185 (quantité)

Q22-2 En quelle ANNEE ou à quel AGE a-t-il (elle) commencé cette désensibilisation ?
 Si moins d'1 an SAISIR 0.

■ Q186 (multiple)

Q23A1 - A présent, parlons du mode de garde et de l'environnement de

Par qui a-t-il (elle) été gardé(e) régulièrement avant la maternelle ?

- | | | | |
|---|----------------------------|---|------------------------------------|
| 1 | Nourrice à domicile | 1 | Parents (mère ou père à la maison) |
| 1 | Nourrice en garde partagée | 1 | Grands-parents ----- |
| 1 | Nourrice à l'extérieur | | ---- Autre (taper inser) ----- |
| 1 | Crèche collective | | ----- |
| 1 | Crèche familiale | | |
| 1 | Crèche parentale | 1 | Autrel |
| 1 | Halte-garderie | | |

■ Q187 (ouverte)

Q23A1T Autre moyen de garde

■ Q188 (quantité)

Q23A3 De quel âge à quel âge (en Mois) ?

de...

- » Nourrice à domicile
- » Nourrice en garde partagée
- » Nourrice à l'extérieur
- » Crèche collective
- » Crèche familiale
- » Crèche parentale
- » Halte-garderie
- » Parents (mère ou père à la maison)
- » Grands-parents
- » Autre1

■ Q189 (quantité)

Q23A3 De quel âge à quel âge (en Mois) ?
à...

- » Nourrice à domicile
- » Nourrice en garde partagée
- » Nourrice à l'extérieur
- » Crèche collective
- » Crèche familiale
- » Crèche parentale
- » Halte-garderie
- » Parents (mère ou père à la maison)
- » Grands-parents
- » Autre1

■ Q190 (exclusive)

Q23B1 Votre enfant a-t-il(elle) fréquenté(e) une ferme au cours de ses 2 premières années de vie ?

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Oui tous les jours |
| 2 | Oui quelques jours par semaine |
| 3 | Oui quelques jours par mois |
| 4 | Oui quelques jours par an |
| 5 | Non jamais |

■ Q191 (quantité)

Q23B2 De quel âge à quel âge (en mois) ?

» De :

» A :

■ Q192 (multiple)

Q23C1 Votre enfant a-t-il(elle) été régulièrement au moins une fois par semaine en contact avec des animaux tels que.... ?

- | | | | |
|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Chats | <input type="checkbox"/> | Cochons |
| <input type="checkbox"/> | Chiens | <input type="checkbox"/> | Lapins |
| <input type="checkbox"/> | Oiseaux | <input type="checkbox"/> | Volaille (poules
canards oies) -----
----- |
| <input type="checkbox"/> | Souris hamsters
cochon d'inde | | - |
| <input type="checkbox"/> | Vaches | <input type="checkbox"/> | NSP |
| <input type="checkbox"/> | Moutons | <input type="checkbox"/> | Aucun |
| <input type="checkbox"/> | Chevaux | | |

■ Q193 (multiple)

Q23C2 A-t-il (elle) été en contact avec des.... ?

- | | |
|---|-------------------|
| 1 | avant 1 an |
| 2 | entre 1 et 2 ans |
| 3 | après 2 ans ----- |
| 4 | jamais |

- » Chats
- » Chiens
- » Oiseaux
- » Souris hamsters cochon d'inde
- » Vaches
- » Moutons
- » Chevaux
- » Cochons
- » Lapins
- » Volaille (poules canards oies)

	1	2	3	4
1	1	1	1	1
2	1	1	1	1
3	1	1	1	1
4	1	1	1	1
5	1	1	1	1
6	1	1	1	1
7	1	1	1	1
8	1	1	1	1
9	1	1	1	1
10	1	1	1	1

■ Q194 (exclusive)

R1 - Votre enfant utilise-t-il (elle) un téléphone portable ?

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Non, jamais |
| 2 | Oui, de temps en temps |
| 3 | Oui, souvent |

■ Q195 (exclusive)

R2 - A-t-il (elle) son propre téléphone portable ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q196 (quantité)

R3 - Depuis quel âge utilise-t-il (elle) un téléphone portable régulièrement ?

□□□

■ Q199 (exclusive)

Q24_1 Nous allons parler du logement que vous occupiez lorsque vous avez su que vous étiez enceinte de Y habitez-vous encore ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q200 (quantité)

Q24_2 Jusqu'à quand y avez-vous habité (mois et année) ?

» Mois :
» Année :

■ Q201 (quantité)

Q24_3 Quel est (était) le code Postal?

■ Q202 (ouverte)

Q24_4 Dans quelle commune se situe-t-il (ou se situait-il) ?
ENQUETEUR : (INDIQUER LE PAYS SI A L'ETRANGER)

■ Q203 (exclusive)

Q24_5 S'agit-il ou s'agissait-il... ? ENQUETEUR : CITER

- | | |
|-------|-----------------------------|
| 1 | d'un appartement |
| 2 | d'une maison |
| 3 | d'une exploitation agricole |
| ----- | |
| | Autre (taper inser) |
| 4 | Autrel |

■ Q204 (ouverte)

Q24_5T Autre type de logement ?

■ Q205 (multiple)

Q24.10 Y avait-il des entreprises MITOYENNES ?

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|
| 1 | Un garage (réparations mécaniques) | 1 | Une fabrique/usine (Taper inser pour préciser) ----- |
| 1 | Une station Service | | ----- |
| 1 | Un carrossier | 1 | Aucune entreprise |
| 1 | Une imprimerie | 1 | Autrel |

■ Q206 (ouverte)

Autre Q24.10

■ Q207 (exclusive)

Q25_1 Le second logement (n°2) que vous avez occupé y habitez-vous encore?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q208 (quantité)

Q25_2 Jusqu'à quand y avez-vous habité (mois et année) ?

» Mois :
» Année :

■ Q209 (quantité)

Q24_3 Quel est (était) le code Postal?

■ Q210 (ouverte)

Q25_4 Dans quelle commune se situe-t-il (ou se situait-il) ?
ENQUETEUR : (INDIQUER LE PAYS SI A L'ETRANGER)

■ Q211 (exclusive)

Q25_5 S'agit-il s'agissait-il.... ? ENQUETEUR : CITER

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | d'un appartement |
| 2 | d'une maison |
| 3 | d'une exploitation agricole |
| | ----- |
| | Autre (taper inser) |
| 4 | Autrel |

■ Q212 (ouverte)

Q25_5T Autre type de logement ?

■ Q213 (multiple)

Q24.10 Y avait-il des entreprises mitoyennes ?

- | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Un garage
(réparations
mécaniques) | <input type="checkbox"/> | Une fabrique/usine
(Taper inser pour
préciser) |
| <input type="checkbox"/> | Une station Service | <input type="checkbox"/> | Aucune entreprise |
| <input type="checkbox"/> | Un carrossier | <input type="checkbox"/> | Autrel |
| <input type="checkbox"/> | Une imprimerie | | |

■ Q214 (ouverte)

Autre Q24.10

■ Q215 (exclusive)

Q26_1 Le troisième logement (n°3) que vous avez occupé y habitez-vous encore ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q216 (quantité)

Q26_2 Jusqu'à quand y avez-vous habité (mois et année) ?

» Mois :

» Année :

■ Q217 (quantité)

Q24_3 Quel est (était) le code Postal?

■ Q218 (ouverte)

Q26_4 Dans quelle commune se situe-t-il (ou se situait-il) ?

■ Q219 (exclusive)

Q26_5 S'agit-il s'agissait-il.... ? ENQUETEUR : CITER

- | | |
|-------|-----------------------------|
| 1 | d'un appartement |
| 2 | d'une maison |
| 3 | d'une exploitation agricole |
| ----- | |
| | Autre (taper inser) |
| 4 | Autrel |

■ Q220 (ouverte)

Q26_5T Autre type de logement ?

■ Q221 (multiple)

Q24.10 Y avait-il des entreprises mitoyennes ?

- | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|
| 1 | Un garage (réparations mécaniques) | 1 | Une fabrique/usine (Taper inser pour préciser) |
| 1 | Un station Service | 1 | Aucune entreprise |
| 1 | Un carrossier | 1 | Autrel |
| 1 | Une imprimerie | | |

■ Q222 (ouverte)

Autre Q24.10

■ Q223 (exclusive)

Q26_13 Le 4 ème logement (n°4) que vous avez occupé y habitez-vous encore

1	Oui
2	Non

■ Q224 (quantité)

Q26_2 Jusqu'à quand y avez-vous habité (mois et année) ?

» Mois :
» Année :

■ Q225 (quantité)

Q24_3 Quel est (était) le code Postal?

■ Q226 (ouverte)

Q26_4 Dans quelle commune se situe-t-il (ou se situait-il) ?
ENQUETEUR : (INDIQUER LE PAYS SI A L'ETRANGER)

■ Q227 (exclusive)

Q26_5 S'agit-il s'agissait-il.... ? ENQUETEUR : CITER

1	d'un appartement
2	d'une maison
3	d'une exploitation agricole

	Autre (taper inser)
4	Autrel

■ Q228 (ouverte)

Q26_5T Autre type de logement ?

■ Q229 (multiple)

Q24.10 Y avait-il des entreprises mitoyennes ?

 Un garage Une fabrique/usine

1	(réparations mécaniques)
1	Une station Service
1	Un carrossier
1	Une imprimerie

1	(Taper inser pour préciser)
1	Aucune entreprise
1	Autrel

■ Q230 (ouverte)

Autre Q24.10

■ Q231 (exclusive)

Q26_13 Le 5 ème logement (n°5) que vous avez occupé y habitez-vous encore

1	Oui
2	Non

■ Q232 (quantité)

Q26_2 Jusqu'à quand y avez-vous habité (mois et année) ?

» Mois :
» Année :

■ Q233 (quantité)

Q24_3 Quel est (était) le code Postal?

■ Q234 (ouverte)

Q26_4 Dans quelle commune se situe-t-il (ou se situait-il) ?

■ Q235 (exclusive)

Q26_5 S'agit-il s'agissait-il.... ? ENQUETEUR : CITER

1	d'un appartement
2	d'une maison
3	d'une exploitation agricole

	Autre (taper inser)
4	Autrel

■ Q236 (ouverte)

Q26_5T Autre type de logement ?

■ Q237 (multiple)

Q24.10 Y avait-il des entreprises mitoyennes ?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1 | Un garage
(réparations
mécaniques) | 1 | Une fabrique/usine
(Taper inser pour
préciser) |
| 1 | Une station service | 1 | Aucune entreprise |
| 1 | Un carrossier | 1 | Autrel |
| 1 | Une imprimerie | | |

■ Q238 (ouverte)

Autre Q24.10

■ Q239 (exclusive)

Q26_13 Le 6 ème logement (n°6) que vous avez occupé y habitez-vous encore

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q240 (quantité)

Q26_2 Jusqu'à quand y avez-vous habité (mois et année) ?

» Mois :
» Année :

■ Q241 (quantité)

Q24_3 Quel est (était) le code Postal?

■ Q242 (ouverte)

Q26_4 Dans quelle commune se situe-t-il (ou se situait-il) ?

■ Q243 (exclusive)

Q26_5 S'agit-il s'agissait-il.... ? ENQUETEUR : CITER

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | d'un appartement |
| 2 | d'une maison |
| 3 | d'une exploitation agricole |
| | ----- |
| | Autre (taper inser) |
| 4 | Autrel |

■ Q244 (ouverte)

Q26_5T Autre type de logement ?

■ Q245 (multiple)

Q24.10 Y avait-il des entreprises mitoyennes ?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1 | Un garage
(réparations
mécaniques) | 1 | Une fabrique/usine
(Taper inser pour
préciser) |
| 1 | Une station Service | 1 | Aucune entreprise |
| 1 | Un carrossier | 1 | Autrel |
| 1 | Une imprimerie | | |

■ Q246 (ouverte)

Autre Q24.10

■ Q247 (exclusive)

Q26_13 Le 7 ème logement (n°7) que vous avez occupé y habitez-vous encore

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q248 (quantité)

Q26_2 Jusqu'à quand y avez-vous habité (mois et année) ?

» Mois :
» Année :

■ Q249 (quantité)

Q24_3 Quel est (était) le code Postal?

■ Q250 (ouverte)

Q26_4 Dans quelle commune se situe-t-il (ou se situait-il) ?

■ Q251 (exclusive)

Q26_5 S'agit-il s'agissait-il.... ? ENQUETEUR : CITER

- | | |
|---|-----------------------------|
| 1 | d'un appartement |
| 2 | d'une maison |
| 3 | d'une exploitation agricole |

4

Autre (taper inser)
Autrel

■ Q252 (ouverte)

Q26_5T Autre type de logement ?

■ Q253 (multiple)

Q24.10 Y avait-il des entreprises mitoyennes ?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1 | Un garage
(réparations
mécaniques) | 1 | Une fabrique/usine
(Taper inser pour
préciser) |
| 1 | Une station service | 1 | Aucune entreprise |
| 1 | Un carrossier | 1 | Autrel |
| 1 | Une imprimerie | | |

■ Q254 (ouverte)

Autre Q24.10

■ Q259 (quantité)

Q39 A quel âge avez-vous terminé vos études ?.

■ Q260 (exclusive)

Q40 Quel diplôme avez-vous obtenu en fin d'étude ? (si plusieurs indiquer le diplôme de plus haut niveau)

- | | | | |
|---|---|----|--|
| 1 | Aucun | 8 | Bac d'enseignement
général |
| 2 | Certificat d'études
(primaires) | 9 | Niveau Bac + 2 (DEUG
DUT BTS) |
| 3 | CAP (Certificat
d'Aptitude
Professionnel) | 10 | Diplôme de
l'enseignement
supérieur (2 ème 3
ème cycle) ou
Grandes Ecoles -----
----- |
| 4 | Brevet simple BEPC
Brevet des collèges | | ----- Autre
(préciser) |
| 5 | Brevet
d'Enseignement
Professionnel (BEP) | 11 | Autrel |
| 6 | Niveau Bac sans le
diplôme | | |
| 7 | Bac d'enseignement
technique Bac Pro | | |

■ Q261 (ouverte)

Q40T Autre diplôme :

■ Q262 (ouverte)

Q42A1 Parlons maintenant de vos métiers

Quel métier exercez-vous aujourd'hui ?

■ Q263 (exclusive)

Q42A Parlons maintenant des métiers que vous avez exercé.
Travailliez-vous pendant votre grossesse ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q264 (ouverte)

Q42AT Quel métier exerciez-vous pendant votre grossesse ?

■ Q265 (ouverte)

Q42B Quelle était l'activité de l'entreprise qui vous employait
au moment de votre grossesse ?

■ Q266 (exclusive)

Q42C Dans le cadre de votre travail et lors de votre grossesse,
avez-vous été en contact régulièrement avec:

- | | |
|---|----------------------------|
| 1 | Jamais |
| 2 | Plus d'1 heure par jour |
| 3 | Plus d'1 heure par semaine |
| 4 | Plus d'1 heure par mois |
| 5 | Moins d'1 heure par mois |

- » Peinture ou vernis
- » Colle
- » Colorants textiles
- » Teintures de cheveux
- » Pesticides, insecticides, fongicides, herbicides...
- » Essence carburant
- » Autres carburants
- » Des produits de nettoyage

1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

à sec	1	2	3	4	5
» Radars	1	2	3	4	5
» Rayonnements ionisants	1	2	3	4	5

■ Q267 (exclusive)

Portiez-vous un dosimètre ?

- 1 Oui
- 2 Non

■ Q268 (exclusive)

Q43A Avez-vous exercé le métier d'agricultrice lorsque vous étiez enceinte de

- 1 Oui
- 2 Non

■ Q269 (quantité)

Q43B De quel mois de grossesse à quel mois de grossesse :

- » De :
- » à :

■ Q270 (exclusive)

Q43D Et maintenant dans votre vie de tous les jours avez-vous utilisé VOUS-MEME, même occasionnellement, les produits suivants lorsque vous étiez enceinte de ? des...

- 1 Oui
- 2 Non ---
- 3 NSP

» désherbants (Herbicides)	1	2	3
» Fongicides	1	2	3
» Insecticides pour la maison	1	2	3
» Insecticides pour les animaux	1	2	3
» Insecticides pour les cultures	1	2	3

■ Q271 (exclusive)

Q46A Parlons maintenant de votre consommation de tabac et de boissons. Avez-vous déjà fumé de façon régulière c'est à dire plus de 6 mois consécutifs ?

- 1 Oui
- 2 Non

■ Q272 (quantité)

Q46B A quel âge avez-vous commencé ?

■ Q273 (exclusive)

Q46C Fumiez-vous, même occasionnellement, lorsque vous étiez enceinte de

- 1 Oui
- 2 Non

■ Q274 (quantité)

Q46D Combien de cigarettes fumiez-vous par jour ou par semaine pendant la grossesse ?

- » par jour : _____
- » par semaine : _____

■ Q275 (exclusive)

Q46E Fumiez-vous pendant l'allaitement ?

- 1 Oui
- 2 Non

■ Q276 (quantité)

Q46F Combien de cigarettes par jour ou par semaine ?

- » par jour : _____
- » par semaine : _____

■ Q277 (exclusive)

Buviez-vous ne serait-ce qu'occasionnellement PENDANT VOTRE GROSSESSE...

- 1 Oui
- 2 Non

- | | | |
|--|---|---|
| » du café | 1 | 2 |
| » du thé | 1 | 2 |
| » du chocolat | 1 | 2 |
| » du vin | 1 | 2 |
| » de la bière ou du cidre | 1 | 2 |
| » des apéritifs ou des digestif
(alcools forts ou vins cuits) | 1 | 2 |
| » du Coca Cola, Pepsi-cola ou
autres colas | 1 | 2 |

■ Q278 (quantité)

Q47A Combien buviez-vous PAR JOUR PENDANT VOTRE GROSSESSE ?

- » de tasses de café _____
- » de tasses de thé _____
- » de tasses de chocolat _____
- » de verres de vin _____

- » de verres de bière ou de cidre |_|_|_|
- » de verres d'apéritifs ou de digestif (alcools forts ou vins cuits) |_|_|_|
- » de verres de Coca Cola, Pepsi-cola ou autres colas |_|_|_|

■ Q279 (quantité)

Q47A Combien buviez-vous PAR SEMAINE PENDANT VOTRE GROSSESSE ?

- » de tasses de café |_|_|_|
- » de tasses de thé |_|_|_|
- » de tasses de chocolat |_|_|_|
- » de verres de vin |_|_|_|
- » de verres de bière ou de cidre |_|_|_|
- » de verres d'apéritif ou de digestif (alcools forts ou vins cuits) |_|_|_|
- » de verres de Coca Cola, Pepsi-cola ou autres colas |_|_|_|

■ Q280 (exclusive)

Q47B Consommiez-vous le même nombre ... PENDANT L'ALLAITEMENT ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

- | | | |
|---|---|---|
| » de tasses de café | 1 | 2 |
| » de tasses de thé | 1 | 2 |
| » de tasses de chocolat | 1 | 2 |
| » de verres de vin | 1 | 2 |
| » de verres de bière ou de cidre | 1 | 2 |
| » de verres d'apéritif ou de digestif (alcools forts ou vins cuits) | 1 | 2 |
| » de verres de Coca Cola, Pepsi-Cola ou autres colas | 1 | 2 |

■ Q281 (exclusive)

Buviez-vous ne serait-ce qu'occasionnellement PENDANT L'ALLAITEMENT...

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

- | | | |
|---|---|---|
| » du café | 1 | 2 |
| » du thé | 1 | 2 |
| » du chocolat | 1 | 2 |
| » du vin | 1 | 2 |
| » de la bière ou du cidre | 1 | 2 |
| » des apéritifs ou des digestif (alcools forts ou vins cuits) | 1 | 2 |

» du Coca Cola, Pepsi-cola ou autres colas

1	2
---	---

■ Q282 (quantité)

Q47C Combien buviez-vous par jour ou par semaine de PENDANT L'ALLAITEMENT ?

- » de tasses de café
- » de tasses de thé
- » de tasses de chocolat
- » de verres de vin
- » de verres de bière ou de cidre
- » de verres d'apéritif ou de digestif (alcools forts ou vins cuits)
- » de verres de Coca Cola, Pepsi-cola ou autres colas

■ Q283 (quantité)

Q47C Combien buviez-vous par SEMAINE de PENDANT L'ALLAITEMENT ?

ENQ: SI INFÉRIEUR A 1 PAR SEMAINE CODER 0

- » de tasses de café
- » de tasses de thé
- » de tasses de chocolat
- » de verres de vin
- » de verres de bière ou de cidre
- » de verres d'apéritif ou de digestif (alcools forts ou vins cuits)
- » de verres de Coca Cola, Pepsi-cola ou autres colas

■ Q284 (exclusive)

Q38A Nous allons maintenant parler du père de

Vivez-vous tous les deux avec l'enfant ?

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non car séparée divorcé |
| 3 | Non car père décédé |
| 4 | Non car père inconnu |
| 5 | Non jamais vécu ensemble |

■ Q285 (quantité)

Q38B Depuis quand ne vivez-vous plus ensemble ?

■ Q286 (exclusive)

Q38C Quelle est votre situation familiale actuelle ?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | Célibataire |
| 2 | Mariée |
| 3 | En couple |
| 4 | veuve |
| 5 | séparé(e) ou divorcé(e) |

■ Q287 (exclusive)

Q40 Quel diplôme a-t-il obtenu en fin d'étude ? (si plusieurs indiquer le diplôme de plus haut niveau)

- | | | | |
|---|---|----|---|
| 1 | Aucun | 8 | Bac d'enseignement général |
| 2 | Certificat d'études (primaires) | 9 | Niveau Bac + 2 (DEUG DUT BTS) |
| 3 | CAP (Certificat d'Aptitude Professionnel) | 10 | Diplôme de l'enseignement supérieur (2 ème 3 ème cycle) ou Grandes Ecoles ----- |
| 4 | Brevet simple BEPC Brevet des collèges | | ----- Autre (préciser) |
| 5 | Brevet d'Enseignement Professionnel (BEP) | 11 | Autrel |
| 6 | Niveau Bac sans le diplôme | | |
| 7 | Bac d'enseignement technique Bac Pro | | |

■ Q288 (ouverte)

Q40T Autre diplôme :

■ Q289 (exclusive)

Travaille-t-il actuellement ?

- | | |
|---|---|
| 1 | Travaille actuellement |
| 2 | Ne travaille plus mais a déjà travaillé |
| 3 | N'a jamais travaillé |
| 4 | Dernier emploi connu occupé |

■ Q290 (quantité)

A quelle date a t-il arrêté de travailler ?

» Mois
 » Année

■ Q291 (ouverte)

Quel est (était) son métier

■ Q292 (ouverte)

Que fait l'entreprise qui l'emploie (l'employait) ?

■ Q293 (exclusive)

A t-il été exposé aux radiations ionisantes au cours d'un de ses métiers, y compris au cours du Service National ou d'emplois non rémunérés ? (Il s'agit de radiographies, rayons X, particules radioactives, etc)

- | | |
|---|---------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non --- |
| 3 | Nsp |

■ Q294 (exclusive)

Portait-il un dosimètre

- | | |
|---|---------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non --- |
| 3 | Nsp |

■ Q295 (exclusive)

Quel métier exerçait-il pendant votre grossesse ?

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1 | Le même |
| 2 | Aucun ----- Autres taper inser |
| 3 | Autrel |

■ Q296 (ouverte)

Autre métier

■ Q297 (exclusive)

A-t-il exercé le métier d'agriculteur depuis la conception de

- | | |
|---|---------|
| 1 | Oui |
| 2 | Non --- |
| 3 | Nsp |

■ Q298 (quantité)

De quand à quand ?

De ...

» Mois
» Année

■ Q299 (quantité)

De quand à quand ?

A ...

» Mois
» Année

■ Q300 (exclusive)

Q43D Et maintenant dans sa vie de tous les jours a-t-il utilisé, même occasionnellement, les produits suivants depuis la conception de des

1	Oui
2	Non ---
3	Nsp

» désherbants (Herbicides)
» fongicides
» insecticides pour la maison
» insecticides pour les animaux
» insecticides pour les cultures

1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3
1	2	3

■ Q301 (exclusive)

Q60 A-t-il déjà fumé de façon régulière (plus de 6 mois consécutifs)?

1	Oui
2	Non -----
3	

■ Q302 (exclusive)

Q60C A-t-il arrêté ?

1	Oui
2	Non -----
3	NSP

■ Q303 (quantité)

Q60D En quelle ANNEE ou à quel AGE a-t-il arrêté de fumer ?

■ Q304 (quantité)

Q60E Combien de cigarettes fume(ait)-il par jour ou par semaine ?

» Par jour :
» Par semaine

■ Q307 (exclusive)

Nous allons à présent tenter de constituer votre arbre

généalogique.

Parlons d'abord des frères et soeurs, demi frères et demi-soeurs de sang

■ Q309 (quantité)

Q34T Combien

a-t-il (elle) de frères soeurs demi-frère / demi-soeur de sang ?

Total des frères et soeurs :

» Frères	<input type="checkbox"/>
» Soeurs	<input type="checkbox"/>
» Demi-frères	<input type="checkbox"/>
» Demi-soeurs	<input type="checkbox"/>

■ Q310 (multiple)

Q34A1 Quel sont les prénoms des frères, soeurs, demi-frères, demi-soeurs de

Si prénoms inconnus taper (en inser) : S1,S2,S3... pour les soeurs

<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	Autre4
<input type="checkbox"/>	----- Saisir en	<input type="checkbox"/>	Autre5
<input type="checkbox"/>	tapant INSER ET	<input type="checkbox"/>	Autre6
<input type="checkbox"/>	VALIDER!	<input type="checkbox"/>	Autre7
<input type="checkbox"/>	Autre1	<input type="checkbox"/>	Autre8
<input type="checkbox"/>	Autre2	<input type="checkbox"/>	Autre9
<input type="checkbox"/>	Autre3	<input type="checkbox"/>	Autre10

■ Q311 (ouverte)

Prénom frères et soeurs

■ Q312 (quantité)

RECOD NOMBRE DE FRERE

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

» 10

■ Q313 (exclusive)

Est-ce un ?

1	Garçon
2	Fille

»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2

■ Q314 (quantité)

Q34C1 Quelle est la date de naissance de

Jour :

» Autre1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ Q315 (quantité)

Q34C1 Quelle est la date de naissance de

Mois :

» Autre1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ Q316 (quantité)

Q34C1 Quelle est l'année de naissance de

Année :

» Autre1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
» Autre2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q317 (exclusive)

A-t-il (elle)... que

- | | |
|---|------------------------|
| 1 | Les deux mêmes parents |
| 2 | Seulement la même mère |
| 3 | Seulement le même père |

- | | | | |
|---|---|---|---|
| » | 1 | 2 | 3 |
| » | 1 | 2 | 3 |
| » | 1 | 2 | 3 |
| » | 1 | 2 | 3 |
| » | 1 | 2 | 3 |
| » | 1 | 2 | 3 |
| » | 1 | 2 | 3 |
| » | 1 | 2 | 3 |
| » | 1 | 2 | 3 |
| » | 1 | 2 | 3 |

■ Q318 (exclusive)

Q34G6 - Y'a-t-il d'autres enfants que ceux dont on vient de parler qui vivent avec vous ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q319 (quantité)

Combien sont-ils ?

■ Q320 (quantité)

Quel(s) âge(s) ont-il(s) (elle(s)) ?

- » 1 er
- » 2 ème
- » 3 ème
- » 4 ème
- » 5 ème
- » 6 ème
- » 7 ème
- » 8 ème
- » 9 ème
- » 10 ème

■ Q322 (exclusive)

Q36A

Avez-vous eu une ou des fausses couches spontanées (en dehors d'IVG ou interruptions médicales) ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q323 (quantité)

Combien ?

■ Q324 (exclusive)

Q36B Avez vous eu une ou plusieurs interruptions volontaires de grossesse (IVG) ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q325 (quantité)

Combien ?

■ Q326 (exclusive)

Q36C Avez vous eu une ou plusieurs interruptions thérapeutiques (ou médicales) de grossesse (ITG) ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q327 (quantité)

Combien ?

■ Q328 (quantité)

Q36C11 En quelle ANNEE ou à quel AGE a eu lieu cette interruption thérapeutique (ou médicales) de grossesse ?
ENQUETEUR : Si ANNEE SAISIR l'ANNEE sur 4 positions (ex 1990).

- | | |
|-------------|----------------------|
| » première | <input type="text"/> |
| » deuxième | <input type="text"/> |
| » troisième | <input type="text"/> |
| » quatrième | <input type="text"/> |
| » cinquième | <input type="text"/> |
| » sixième | <input type="text"/> |
| » septième | <input type="text"/> |
| » huitième | <input type="text"/> |
| » neuvième | <input type="text"/> |

■ Q329 (multiple)

Q36C13 POUR CHAQUE ITG : POUR QUELLE RAISON ?

- | | |
|---|-------------------------|
| 1 | MALFORMATION, |
| 2 | ANOMALIE CHROMOSOMIQUE, |

3	RUBEOLE,
4	TOXOPLASMOSE
5	AUTRE

	1	2	3	4	5
» première	1	1	1	1	1
» deuxième	1	1	1	1	1
» troisième	1	1	1	1	1
» quatrième	1	1	1	1	1
» cinquième	1	1	1	1	1
» sixième	1	1	1	1	1
» septième	1	1	1	1	1
» huitième	1	1	1	1	1
» neuvième	1	1	1	1	1

■ Q330 (quantité)

Q37A Quelle est votre année de naissance (mère biologique) :

Date :

» Jour :

» Mois :

» Année :

■ Q331 (quantité)

Q37B Quelle est l'année de naissance du père biologique de

Date :

» Jour :

» Mois :

» Année :

■ Q332 (exclusive)

Passons maintenant à vos parents

■ Q333 (quantité)

Q49B1 Commençons par votre mère biologique

Quelle est son année de naissance :

■ Q334 (quantité)

Q49C1 Dans quel département est-elle née :

ENQUETEUR : Si NAISSANCE A L 'ETRANGER SAISIR 99.

■ Q335 (ouverte)

Q49D1 Dans quel PAYS est-elle née :

■ Q336 (exclusive)

Q49I1 Votre mère a donc
ans ?

- | | |
|---|-----------------------|
| 1 | Oui (ou à un an près) |
| 2 | Non, elle est décédée |

■ Q337 (quantité)

Q49J1 En quelle ANNEE ou à quel AGE est-elle décédée ?
ENQUETEUR : SI ANNEE SAISIR l'ANNEE sur 4 positions (ex 1990)

||_|_|_|

■ Q338 (exclusive)

Q49K1 Est-elle décédée d'une maladie ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |
| 3 | NSP |

■ Q339 (ouverte)

Q49L1 de quelle maladie est-elle décédée ?

--

■ Q340 (exclusive)

Q49A2 Parlons maintenant de votre père biologique

■ Q341 (quantité)

Q49B2 Quelle est son année de naissance :

||_|_|

■ Q342 (quantité)

Q49C2 Dans quel département est-il né

||_|_|_|

■ Q343 (ouverte)

Q49D2 Dans quel pays est-il né :

--

■ Q344 (exclusive)

Q49I2 Votre père a donc
ans ?

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | Oui (à un an près) |
| 2 | Non, il est décédé |

■ Q345 (quantité)

Q49J2 En quelle ANNEE ou à quel AGE est-il décédé ?

□□□□□

■ Q346 (exclusive)

Q49K2 Est-il décédé d'une maladie ?

1	Oui
2	Non
3	NSP

■ Q347 (ouverte)

Q49L2 de quelle maladie est-il décédé?

■ Q348 (quantité)

Parlons maintenant de vos frères et soeurs biologiques, combien en avez-vous eu au total ?

Total :

» Frères	□□
» Soeurs	□□

■ Q349 (multiple)

Q34A1 Quel sont les prénoms de vos frères et soeurs biologiques

1	-----	1	Autre4
	----- Saisir	1	Autre5
	en tapant INSER ET	1	Autre6
	VALIDER!	1	Autre7
1	Autre1	1	Autre8
1	Autre2	1	Autre9
1	Autre3	1	Autre10

■ Q350 (ouverte)

Prénom frères et soeurs

■ Q351 (quantité)

RECOD NOMBRE DE FRERE

- » 1
- » 2
- » 3
- » 4
- » 5
- » 6
- » 7
- » 8
- » 9
- » 10

■ Q352 (exclusive)

Est-ce un ?

- | | |
|---|-------|
| 1 | Homme |
| 2 | Femme |

- | | | |
|---|---|---|
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |

■ Q353 (quantité)

Q34C1 Quelle est la date de naissance de

Jour :

- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q354 (quantité)

Q34C1 Quelle est la date de naissance de

Mois :

- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5

- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q355 (quantité)

Q34C1 Quelle est l'année de naissance de

Année :

- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q356 (exclusive)

est donc âgé de :

- | | |
|-------|-----------------------------|
| 1 | Oui exact (à un an près) |
| ----- | |
| 2 | Non il (elle) est décédé(e) |

- | | | |
|---|---|---|
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |

■ Q357 (exclusive)

Est-il(elle) décédé(e) d'une maladie ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

- | | | |
|---|---|---|
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |

■ Q358 (ouverte)

de quelle maladie

est-il(elle) décédé(e) ?

» Autre1

» Autre2

» Autre3

» Autre4

» Autre5

» Autre6

» Autre7

» Autre8

» Autre9

» Autre10

■ Q359 (exclusive)

Tentons à présent de reconstituer la famille biologique du père de

c'est à dire sa mère, son père ainsi que ses frères et soeurs biologiques ayant les deux mêmes parents

■ Q360 (quantité)

Q49B1 Commençons par sa mère biologique

Quelle est son année de naissance :

■ Q361 (quantité)

Q49C1 Dans quel département est-elle née :

■ Q362 (ouverte)

Q49D1 Dans quel PAYS est-elle née :

■ Q363 (exclusive)

Q49I1 Sa mère a donc
ans ?

1	Oui (ou à un an près)
2	Non, elle est décédée

■ Q364 (quantité)

Q49J1 En quelle ANNEE ou à quel AGE est-elle décédée ?

■ Q365 (exclusive)

Q49K1 Est-elle décédée d'une maladie ?

1	Oui
2	Non
3	NSP

■ Q366 (ouverte)

Q49L1 de quelle maladie est-elle décédée ?

■ Q367 (exclusive)

Q49A2 Parlons maintenant de son père biologique

■ Q368 (quantité)

Q49B2 Quelle est son année de naissance :

■ Q369 (quantité)

Q49C2 Dans quel département est-il né

■ Q370 (ouverte)

Q49D2 Dans quel pays est-il né :

■ Q371 (exclusive)

Q49I2 Son père a donc ans ?

1	Oui (à un an près)
2	Non, il est décédé

■ Q372 (quantité)

Q49J2 En quelle ANNEE ou à quel AGE est-il décédé ?

■ Q373 (exclusive)

Q49K2 Est-il décédé d'une maladie ?

1	Oui
2	Non
3	NSP

■ Q374 (ouverte)

Q49L2 de quelle maladie est-il décédé?

■ Q375 (quantité)

Parlons maintenant des frères et soeurs biologiques du père de combien en a t-il eu au total ?

Total :

» Frères	<input type="text"/>
» Soeurs	<input type="text"/>

■ Q376 (multiple)

Q34A1 Quel sont les prénoms des frères et soeurs biologiques du père de ?

1	-----	1	Autre4
	----- Saisir	1	Autre5
	en tapant INSER ET	1	Autre6
	VALIDER!	1	Autre7
1	Autre1	1	Autre8
1	Autre2	1	Autre9
1	Autre3	1	Autre10

■ Q377 (ouverte)

Prénom frères et soeurs

--

■ Q378 (quantité)

RECOD NOMBRE DE FRERE

- » 1
- » 2
- » 3
- » 4
- » 5
- » 6
- » 7
- » 8
- » 9
- » 10

■ Q379 (exclusive)

Q34B1 ENQUETEUR CODER

Est-ce un ?

- | | |
|---|-------|
| 1 | Homme |
| 2 | Femme |

- | | | |
|---|---|---|
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |

■ Q380 (quantité)

Q34C1 Quelle est la date de naissance de

Jour :

- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6

- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q381 (quantité)

Q34C1 Quelle est la date de naissance de

Mois:

- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q382 (quantité)

Q34C1 Quelle est l'année de naissance de

Année :

- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q383 (exclusive)

est donc âgé de :

- | | |
|-------|-----------------------------|
| 1 | Oui exact (à un an près) |
| ----- | |
| 2 | Non il (elle) est décédé(e) |

- | | | |
|---|---|---|
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |
| » | 1 | 2 |

■ Q384 (exclusive)

Est-il(elle) décédé(e) d'une maladie ?

1	Oui
2	Non

»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2
»	1	2

■ Q385 (ouverte)

de quelle maladie
est-il(elle) décédé(e) ?

- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q389 (exclusive)

Parlons maintenant de la santé des membres de la famille. Nous
allons commencer par les frères et soeurs de

■ Q390 (exclusive)

Q35(D1) L'un des frères et soeurs de

a-t-il eu une malformation, une maladie grave ou une maladie chronique ?

- | | |
|---|-----|
| 1 | Oui |
| 2 | Non |

■ Q391 (multiple)

Q35A1 Lequel ?

- | | | | |
|---|--------|---|---------|
| 1 | Aucun | 1 | Autre6 |
| 1 | Autre1 | 1 | Autre7 |
| 1 | Autre2 | 1 | Autre8 |
| 1 | Autre3 | 1 | Autre9 |
| 1 | Autre4 | 1 | Autre10 |
| 1 | Autre5 | | |

■ Q392 (ouverte)

Q35B1 Quelle malformation ou maladie grave ou chronique

a-t-il (elle) eu et en quelle année ?

par exemple : malformation cardiaque-1990 / cancer-1995

» Autre1

» Autre2

» Autre3

» Autre4

» Autre5

» Autre6

» Autre7

» Autre8

» Autre9

» Autre10

■ Q395 (multiple)

Q44 Quelqu'un de votre famille (père mère frère soeur biologique) ou vous-même a-t-il eu l'une des maladies suivantes

1	Asthme	1	Maladie coeliaque (CELIAK)
1	Diabète	1	Lupus
1	Problème thyroïdien	1	Syndrome des antiphospholipides
1	Epilepsie	1	Maladie de Behcet (BESSETTE)
1	Sclérose en plaques	1	Maladie de Wegener (VEJNERE)
1	Polyarthrite rhumatoïde	1	Pan-artérite noueuse
1	Spondylarthrite ankylosante	1	Dermatomyosite polymyosite ou dermato-polymyosite
1	Psoriasis	1	Sclérodermie
1	Maladie de Crohn (CRONE) ou Rectocolite hémorragique	1	Syndrome de gougerot-sjögren (GOUJROSS IEUGREUNE)
1	Syndrome Nephrotique		-----
1	Syndrome de Guillain-BARRÉ		-----
1	Myasthénie (Miasténie)		
1	Anémie de Biermer	1	NSP

(BIRMAIRE)

1 Aucun

■ Q396 (multiple)

Q44B Quelle est ou quelles sont les personnes atteinte(s) de

.... ? ENQUETEUR :CITER

1	Vous-même
2	Votre père
3	Votre mère
4	Autre1
5	Autre2
6	Autre3
7	Autre4

8	Autre5
9	Autre6
10	Autre7
11	Autre8
12	Autre9
13	Autre10

» Asthme	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Diabète	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Problème thyroïdien	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Epilepsie	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Sclérose en plaques	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Polyarthrite rhumatoïde	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Spondylarthrite ankylosante	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Psoriasis	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Maladie de Crohn (CRONE) ou Rectocolite hémorragique	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Syndrome Nephrotique	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Syndrome de Guillain-BARRÉ	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1

	13	1						
» Myasthénie	1	1	2	1	3	1	4	1
(Miasténie)	5	1	6	1	7	1	8	1
	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						
» Anémie de Biermer	1	1	2	1	3	1	4	1
(BIRMAIRE)	5	1	6	1	7	1	8	1
	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						
» Maladie coeliaque	1	1	2	1	3	1	4	1
	5	1	6	1	7	1	8	1
	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						
» Lupus	1	1	2	1	3	1	4	1
	5	1	6	1	7	1	8	1
	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						
» Syndrome des	1	1	2	1	3	1	4	1
antiphospholipides	5	1	6	1	7	1	8	1
	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						
» Maladie de Behcet	1	1	2	1	3	1	4	1
(BESSETTE)	5	1	6	1	7	1	8	1
	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						
» Maladie de Wegener	1	1	2	1	3	1	4	1
(VEJNERE)	5	1	6	1	7	1	8	1
	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						
» Pan-artérite noueuse	1	1	2	1	3	1	4	1
	5	1	6	1	7	1	8	1
	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						
» Dermatomyosite	1	1	2	1	3	1	4	1
polymyosite ou	5	1	6	1	7	1	8	1
dermato-polymyosite	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						
» Sclérodermie	1	1	2	1	3	1	4	1
	5	1	6	1	7	1	8	1
	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						
» Syndrome de	1	1	2	1	3	1	4	1
gougerot-sjögren	5	1	6	1	7	1	8	1
	9	1	10	1	11	1	12	1
	13	1						

■ Q397 (multiple)

Quel(s) traitement(s) pour l'épilepsie avez-vous pris pendant votre grossesse de

1	Gardéнал
1	Valium
1	Rivotril
1	Tégrétol
1	Di-hydan
1	Zarontin

1	Depakine -----
1	Aucun Autres (taper inser)
1	Autre1
1	Autre2
1	Autre3

■ Q398 (ouverte)

Autres Traitements Epilepsie

--

■ Q399 (exclusive)

Q44C Vous ou des membres de votre famille ont un diabète. Ce diabète est-il apparu pour

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | avant 30 ans |
| 2 | après 30 ans ----- |
| 3 | NSP |

» Vous-même	1	2	3
» Votre père	1	2	3
» Votre mère	1	2	3
» Autre1	1	2	3
» Autre2	1	2	3
» Autre3	1	2	3
» Autre4	1	2	3
» Autre5	1	2	3
» Autre6	1	2	3
» Autre7	1	2	3
» Autre8	1	2	3
» Autre9	1	2	3
» Autre10	1	2	3

■ Q400 (exclusive)

Q44D Ce diabète est-il traité... ?

- | | |
|---|---------------------|
| 1 | Avec insuline |
| 2 | Sans insuline ----- |
| 3 | NSP |

» Vous-même	1	2	3
» Votre père	1	2	3
» Votre mère	1	2	3
» Autre1	1	2	3
» Autre2	1	2	3
» Autre3	1	2	3
» Autre4	1	2	3
» Autre5	1	2	3
» Autre6	1	2	3
» Autre7	1	2	3
» Autre8	1	2	3
» Autre9	1	2	3
» Autre10	1	2	3

■ Q401 (multiple)

Q44E En ce qui concerne (vous) de quel problème thyroïdien s'agit-il ?

- 1 Maladie de Basedow (BAZDO)
- 2 Thyroïdite d'Hashimoto (ACHIMOTO)
- 3 Autre thyroïdite

- 4 Hyperthyroïdie
- 5 Hypothyroïdie
- 6 Nodule thyroïdien
- 7 Goître -----
- 8 NSP

» Vous-même	1 1	2 1	3 1	4 1
» Votre père	5 1	6 1	7 1	8 1
» Votre mère	1 1	2 1	3 1	4 1
» Autre1	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre2	1 1	2 1	3 1	4 1
» Autre3	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre4	1 1	2 1	3 1	4 1
» Autre5	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre6	1 1	2 1	3 1	4 1
» Autre7	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre8	1 1	2 1	3 1	4 1
» Autre9	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre10	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1

■ Q402 (multiple)

Q45A Vous-même ou quelqu'un de votre famille (père mère frère soeur biologique) a-t-il eu... ?

- 1 Cancer
- 1 Leucémie
- 1 Lymphome
- 1 Maladie de Hodgkin

- 1 Myélome -----
- 1 NSP
- 1 Aucun

■ Q403 (multiple)

Q45B Quelle est ou quelles sont les personnes atteinte(s) de....

- 1 Vous-même
- 2 Votre père
- 3 Votre mère
- 4 Autre1
- 5 Autre2
- 6 Autre3
- 7 Autre4

- 8 Autre5
- 9 Autre6
- 10 Autre7
- 11 Autre8
- 12 Autre9
- 13 Autre10

» Cancer	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Leucémie	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Lymphome	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Maladie de Hodgkin	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Myélome	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			

■ Q404 (multiple)

Q45C A quel organe
(avez-vous)...a-t-il (elle) un cancer?

1	Bouche	12	Rein
2	ORL gorge	13	Vessie
3	Poumons	14	Col de l'utérus utérus ovaires
4	Oesophage Estomac	15	Prostate
5	Foie	16	Système nerveux central (cerveau)
6	Colon rectum anus	17	Autres organes (préciser) -----
7	Sein		-----
8	Thyroïde	18	NSP
9	Peau SAI		
10	Mélanome		
11	Os		

» Vous-même	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Votre père	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Votre mère	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre1	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre2	1 1	2 1	3 1	4 1

	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre3	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre4	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre5	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre6	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre7	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre8	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre9	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre10	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		

■ Q405 (ouverte)

Q45C A quelles autres organes
(avez-vous)...a-t-il (elle) un cancer?

» Vous-même

» Votre père

» Votre mère

» Autre1

» Autre2

» Autre3

» Autre4

» Autre5

» Autre6

» Autre7

» Autre8

» Autre9

» Autre10

■ Q406 (quantité)

Q45D1 A quel AGE ou en quelle ANNEE
(avez-vous)...a-t-il (elle) eu un cancer?

- » Vous-même
- » Votre père
- » Votre mère
- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q407 (quantité)

Q45D2 A quel AGE ou en quelle ANNEE
(avez-vous)...a-t-il (elle) eu une leucemie ?

- » Vous-même
- » Votre père
- » Votre mère
- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5

- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q408 (quantité)

Q45D3 A quel AGE ou en quelle ANNEE
(avez-vous)...a-t-il (elle) eu un lymphome ?

- » Vous-même
- » Votre père
- » Votre mère
- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q409 (quantité)

Q45D4 A quel AGE ou en quelle ANNEE
(avez-vous)...a-t-il (elle) eu une maladie de Hodgkin ?

- » Vous-même
- » Votre père
- » Votre mère
- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q410 (quantité)

Q45D5 A quel AGE ou en quelle ANNEE
(avez-vous)...a-t-il (elle) eu un myélome ?

- » Vous-même
- » Votre père
- » Votre mère
- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9

■ Q413 (exclusive)

Passons maintenant à la famille du père de

■ Q414 (multiple)

Q44 Le père de votre enfant ou quelqu'un de sa famille (père, mère, frères et soeurs biologiques) a-t-il eu l'une des maladies suivantes?

1	Asthme	1	Maladie coeliaque (CELIAK)
1	Diabète	1	Lupus
1	Problème thyroïdien	1	Syndrome des antiphospholipides
1	Epilepsie	1	Maladie de Behcet (BESSETTE)
1	Sclérose en plaques	1	Maladie de Wegener (VEJNERE)
1	Polyarthrite rhumatoïde	1	Pan-artérite noueuse
1	Spondylarthrite ankylosante	1	Dermatomyosite polymyosite ou dermato-polymyosite
1	Psoriasis	1	Sclérodermie
1	Maladie de Crohn (CRONE) ou Rectocolite hémorragique	1	Syndrome de gougerot-sjögren (GOUJROSSIEUGREUNE) -
1	Syndrome Nephrotique		-----
1	Syndrome de Guillain-BARRÉ		-----
1	Myasthénie (Miasténie)	1	NSP
1	Anémie de Biermer (BIRMAIRE)	1	Aucun

■ Q415 (multiple)

Q44B Quelle est ou quelles sont les personnes atteinte(s) de

1	Le père de votre enfant	7	Autre4
2	Votre beau-père	8	Autre5
3	Votre belle-mère	9	Autre6
4	Autre1	10	Autre7
5	Autre2	11	Autre8
6	Autre3	12	Autre9
		13	Autre10

» Asthme	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Diabète	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Problème thyroïdien	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Epilepsie	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1

	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Sclérose en plaques	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Polyarthrite rhumatoïde	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Spondylarthrite ankylosante	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Psoriasis	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Maladie de Crohn (CRONE) ou Rectocolite hémorragique	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Syndrome Nephrotique	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Syndrome de Guillain-BARRÉ	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Myasthénie (Miasténie)	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Anémie de Biermer (BIRMAIRE)	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Maladie coeliaque	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Lupus	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Syndrome des antiphospholipides	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Maladie de Behcet (BESSETTE)	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Maladie de Wegener (VEJNERE)	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Pan-artérite noueuse	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1

	13 1			
» Dermatomyosite	1 1	2 1	3 1	4 1
polymyosite ou	5 1	6 1	7 1	8 1
dermato-polymyosite	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Sclérodermie	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Syndrome de	1 1	2 1	3 1	4 1
gougerot-sjögren	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			

■ Q416 (exclusive)

Q44C Le père de votre enfant ou quelqu'un de sa famille (père, mère, frères et soeurs biologiques) ont un diabète. Ce diabète est-il apparu pour

- | | |
|---|--------------------|
| 1 | avant 30 ans |
| 2 | après 30 ans ----- |
| 3 | NSP |

» Le père de votre enfant	1	2	3
» Votre beau-père	1	2	3
» Votre belle-mère	1	2	3
» Autre1	1	2	3
» Autre2	1	2	3
» Autre3	1	2	3
» Autre4	1	2	3
» Autre5	1	2	3
» Autre6	1	2	3
» Autre7	1	2	3
» Autre8	1	2	3
» Autre9	1	2	3
» Autre10	1	2	3

■ Q417 (exclusive)

Q44D Ce diabète est-il traité... ?

- | | |
|---|---------------------|
| 1 | Avec insuline |
| 2 | Sans insuline ----- |
| 3 | NSP |

» Le père de votre enfant	1	2	3
» Votre beau-père	1	2	3
» Votre belle-mère	1	2	3
» Autre1	1	2	3
» Autre2	1	2	3
» Autre3	1	2	3
» Autre4	1	2	3
» Autre5	1	2	3
» Autre6	1	2	3
» Autre7	1	2	3
» Autre8	1	2	3

- » Autre9
- » Autre10

1	2	3
1	2	3

■ Q418 (multiple)

Q44E Le père de votre enfant ou quelqu'un de sa famille (père, mère, frères et soeurs biologiques) ont un problème thyroïdien. De quel type de problème thyroïdien s'agit-il ?

1	Maladie de Basedow (BAZDO)	4	Hyperthyroïdie
2	Thyroïdite d'Hashimoto (Achimoto)	5	Hypothyroïdie
3	Autre thyroïdite	6	Nodule thyroïdien
		7	Goître -----
		8	NSP

» Le père de votre enfant	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Votre beau-père	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Votre belle-mère	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre1	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre2	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre3	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre4	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre5	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre6	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre7	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre8	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre9	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
» Autre10	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1

■ Q419 (multiple)

Q45A Le père de votre enfant ou quelqu'un de sa famille (père, mère, frères et soeurs biologiques) a-t-il eu ... ?

1	Cancer	1	Myélome
1	Leucémie		-----
1	Lymphome	1	NSP
1	Maladie de Hodgkin	1	Aucun

■ Q420 (multiple)

Q45B Quelle est ou quelles sont les personnes atteinte(s) de....

[] []

1	Le père de votre enfant
2	Votre beau-père
3	Votre belle-mère
4	Autre1
5	Autre2
6	Autre3

7	Autre4
8	Autre5
9	Autre6
10	Autre7
11	Autre8
12	Autre9
13	Autre10

» Cancer	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Leucémie	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Lymphome	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Maladie de Hodgkin	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			
» Myélome	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1			

■ Q421 (multiple)

Q45C A quel organe (avez-vous)...a-t-il (elle) un cancer?

1	Bouche
2	ORL gorge
3	Poumons
4	Oesophage Estomac
5	Foie
6	Colon rectum anus
7	Sein
8	Thyroïde
9	Peau SAI
10	Mélanome
11	Os

12	Rein
13	Vessie
14	Col de l'utérus utérus ovaires
15	Prostate
16	Système nerveux central (cerveau)
17	Autres préciser ---- -----
	--
18	NSp

» Le père de votre enfant	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Votre beau-père	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Votre belle-mère	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1

	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre1	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre2	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre3	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre4	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre5	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre6	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre7	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre8	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre9	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		
» Autre10	1 1	2 1	3 1	4 1
	5 1	6 1	7 1	8 1
	9 1	10 1	11 1	12 1
	13 1	14 1	15 1	16 1
	17 1	18 1		

■ Q422 (ouverte)

Q45Co A quel autre organe
(avez-vous)...a-t-il (elle) un cancer?

» Le père de votre enfant

» Votre beau-père

» Votre belle-mère

» Autre1

» Autre2

» Autre3

» Autre4

» Autre5

» Autre6

» Autre7

» Autre8

» Autre9

» Autre10

■ Q423 (quantité)

Q45D1 A quel AGE ou en quelle ANNEE
...a-t-il (elle) eu un cancer?

- » Le père de votre enfant
- » Votre beau-père
- » Votre belle-mère
- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q424 (quantité)

Q45D2 A quel AGE ou en quelle ANNEE
..a-t-il (elle) eu une leucemie ?

- » Le père de votre enfant
- » Votre beau-père
- » Votre belle-mère
- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q425 (quantité)

Q45D3 A quel AGE ou en quelle ANNEE
...a-t-il (elle) eu un lymphome ?

- » Le père de votre enfant
- » Votre beau-père
- » Votre belle-mère
- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q426 (quantité)

Q45D4 A quel AGE ou en quelle ANNEE
...a-t-il (elle) eu une maladie de Hodgkin ?

- » Le père de votre enfant
- » Votre beau-père
- » Votre belle-mère
- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

■ Q427 (quantité)

Q45D5 A quel AGE ou en quelle ANNEE
...a-t-il (elle) eu un myélome ?

- » Le père de votre enfant
- » Votre beau-père
- » Votre belle-mère

- » Autre1
- » Autre2
- » Autre3
- » Autre4
- » Autre5
- » Autre6
- » Autre7
- » Autre8
- » Autre9
- » Autre10

Cuestionario del *Childhood Leukemia International Consortium* en su versión en español

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA CLÍNICA HOSPITAL DE PEDIATRÍA. CMN. SIGLO XXI. IMSS						Folio				
						Grupo				
Fecha de realización		Día	Mes	Año	Nombre del encuestador					
Entrevista 1	Inicio	Término		Entrevista 1	Inicio	Término		Entrevista 1	Inicio	Término

A1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN GENERAL											
01	Nombre del niño (a):		Nombre (s)			Apellido Paterno		Materno			
02	Institución donde es atendido:										
03	Nombre del Médico tratante:										
04	Afiliación o número de expediente										
05	¿Cuál es la clínica donde se atiende?										
06	Nombre del padre:		Nombre (s)			Apellido Paterno		Materno			
07	Nombre de la madre:		Nombre (s)			Apellido Paterno		Materno			
08	Dirección		Calle y número					Colonia			
	Delegación o municipio					Estado			Teléfono		
	Entre qué calles se encuentra su domicilio						y				
	Color de fachada			Color de la puerta				Código Postal			
09	Tiempo de residir la familia en el lugar en el que actualmente vive								Años		
	<i>En caso de residir la familia en este domicilio menos de un año antes del diagnóstico preguntar los domicilios anteriores a partir del nacimiento del niño índice :</i>										
	Dirección completa: calle, numero, Colonia, Delegación o municipio, estado, C.P., entre que calles, color de fachada y color de puerta								tiempo de residir		
10	Nombre y teléfono de familiar para localizarlos										
11	Nombre y teléfono de vecino para localizarlos										

A2 CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS										
01	La casa donde usted vive es									
	A) Rentada		B) Propia		C) Vive con parientes o amigos			D) Prestada		
02	¿Cuántos cuartos tienen su casa, sin tomar en cuenta cocina, baños y pasillos?									
03	¿Cuántos cuartos usa como dormitorios?									
04	¿Cuántas personas viven en su casa, contando también los recién nacidos?									
	Niños			Adultos			Total			
05	¿Cuenta con:									
	1) drenaje 2. Letrina 3. Fecalismo a ras del suelo?									
06	¿De qué material está hecha la mayor parte del piso de la casa?						¿Cuál?			
	1. Loseta		2. Cemento		3. Madera		4. Tierra		5. Otro	
07	¿El servicio de agua potable en su casa es : ?									
	1. Intradomiciliaria		2. Vecindario		3. Hidrante público			4. Poso o río		
08	¿ Cuánto dinero ingresa quincenalmente al gasto familiar \$									
09	¿Cuántas veces al año salen de vacaciones?									
	1. Nunca		2. Una vez al año		3. Dos veces al año		4. Más de dos veces por año			Nunca 11
10	¿En qué acostumbran viajar cuando van de vacaciones ?									
	1) Avión		2. Camión.		3. Tren			4. Auto propio		
11	¿Quién aporta la mayor parte de los ingresos económicos para el sostén de la familia?									
	1)Padre		2)Madre		3)Otro			¿Quién?		

B CUESTIONARIO DEL NIÑO	
B1 ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS DEL NIÑO	
01	Sexo del niño: 1) Masculino 2) Femenino
02	Edad del niño Años Meses Días
03	Fecha de nacimiento del niño Día Mes Año
04	Lugar de nacimiento del niño Ciudad Estado
06	(Solo para Síndrome Down) ¿El niño asiste a una escuela de educación especial? 1) si 2) no
	no 9
07	¿Cuál es el nombre de la escuela?
08	¿Cuál es la dirección de la escuela?
09	¿El niño siempre ha vivido con ustedes? 1) si 2) no
	si 11
10	¿Desde hace cuánto tiempo vive con ustedes? Años Meses
11	¿El niño fue alimentado al seno materno? 1) si 2) no
	no 13
12	¿Por cuántos meses?
13	¿Cuánto pesó el niño cuando nació? <i>(en gramos)</i>
14	¿Qué vacunas le han aplicado al niño?
A	BCG (tuberculosis)
B	Hepatitis B
C	Sabin (polio)
D	Pentavalente (DPT+HB+Hib)
E	Rotavirus
F	Neumocócica
G	Influenza
H	Triple viral SRP (1 año)
I	Hepatitis A
J	Varicela
K	DPT.(Difteria Tétanos y Tosferina)
L	Triple Viral (6 años)
M	VPH (Virus Papiloma Humano)
N	Doble viral SR (Sarampión, Rubéola)
O	Td (Tétanos, Difteria)
P	Antihepatitis B (adicionales)
Q	Rubéola
R	Otra:

B2 ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DEL NIÑO																									
01	¿Su hijo ha padecido Rinitis alérgica? 1) si 2) no 3)No recuerdo																								
02	¿Su hijo ha padecido Asma bronquial? 1) si 2) no 3)No recuerdo																								
03	¿Su hijo ha padecido Alergia en la piel? 1) si 2) no 3)No recuerdo																								
04	¿Su hijo ha padecido enfermedades alérgicas? 1) si 2) no 3)No recuerdo																								
	no 05																								
	¿Cuál?																								
05	¿Cuántas veces por año se enfermó su hijo de gripas o catarros?																								
	¿Qué medicamentos le da para la gripa?																								
06	¿Cuántas veces por año se enfermó su hijo del estómago?																								
	¿Qué medicamentos le da para el estómago?																								
07	¿Cuántas veces por año se enfermó su hijo de anginas?																								
	¿Qué medicamentos le da para las anginas?																								
08	¿Durante el primer año de vida su hijo padeció alguna otra enfermedad? 1) si 2) no																								
	no 09																								
	Mencione de qué se enfermaba y cuántos meses tenía cuando se enfermó																								
	Enfermedad Meses del primer año de vida en que se enfermó																								
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td><td>4.</td><td>5.</td><td>6.</td><td>7.</td><td>8.</td><td>9.</td><td>10.</td><td>11.</td><td>12.</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.												
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.														
	¿Qué medicamentos le dio?																								
	Enfermedad Meses del primer año de vida en que se enfermó																								
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td><td>4.</td><td>5.</td><td>6.</td><td>7.</td><td>8.</td><td>9.</td><td>10.</td><td>11.</td><td>12.</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.												
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.														
	¿Qué medicamentos le dio?																								
	Enfermedad Meses del primer año de vida en que se enfermó																								
	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>1.</td><td>2.</td><td>3.</td><td>4.</td><td>5.</td><td>6.</td><td>7.</td><td>8.</td><td>9.</td><td>10.</td><td>11.</td><td>12.</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.												
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.														
	¿Qué medicamentos le dio?																								

09	¿El primer año de vida su hijo padeció alguna infección? 1) si 2) no												no 10				
	Infección	se hospitalizó por esa Infección 1) si 2) no	Meses del primer año de vida en que se enfermó														
			1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.			
	¿Qué medicamentos le dio?																
	Infección	se hospitalizó	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.			
	¿Qué medicamentos le dio?																
	Infección	se hospitalizó	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.			
	¿Qué medicamentos le dio?																
10	¿El primer año de vida su hijo se hospitalizó por alguna otra causa? 1) si 2) no												no 11				
	Causa	Meses del primer año de vida															
			1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.			
	¿En qué meses se hospitalizó? (marcar X)																
	¿Cuánto tiempo permaneció hospitalizado? días/mes																
11	¿Después del primer año de vida su hijo se hospitalizó por alguna causa? 1) si 2) no												no 12				
	Mencione el motivo de la hospitalización, y edad del niño cuando ocurrió y cuánto tiempo se hospitalizó (si es un niño con leucemia, mencionar las hospitalizaciones previas al diagnóstico):																
	1 Motivo	Años de vida del niño															
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	No. veces
	2 ¿Cuánto tiempo? días/año																
	¿Qué medicamentos le dio																
	1 Motivo	No. veces															
	2 ¿Cuánto tiempo? días/año																
	¿Qué medicamentos le dio																
	1 Motivo	No. veces															
	2 ¿Cuánto tiempo? días/año																
	¿Qué medicamentos le dio																
12	¿Su hijo ha presentado mononucleosis infecciosa? 1) si 2) no												no 13				
	¿A qué edad?												años				
13	¿(Nombre) ha presentado alguna de estas enfermedades?																
	a) Sarampión	1) si 2) no	¿A qué edad? años										1) si 2) no	¿A qué edad? años			
	b) Varicela																
	c) Tosferina																
	d) Paperas																
	e) Hepatitis																
	f) Rubéola																
	g) Ninguna																
	h) Otra ¿Cuál?																
14	¿El niño se asustó, espanto o recibió alguna impresión fuerte antes de que se enfermara? 1) si 2) no																
15	¿Cuánto tiempo antes de que enfermara recibió esta impresión												no B3				
16	Describa																

B3 MEDICAMENTOS

¿En alguna ocasión (nombre) ha tomado alguno o varios de los siguientes medicamentos? (si tomó el mismo medicamento en varias ocasiones cual fue la indicación y en qué tiempo) (antes del diagnóstico de leucemia en caso de ser un niño con leucemia):			
a) cloranfenicol, b) fenilbutazona, c) azatriopina (inmuran), d) metronidazol, e) hierro, f) vitaminas (cual), g) antiépilépticos (cual), h) antineoplásicos (cual), i) otro (cual) j) ninguno			
	Medicamento	Edad en que lo tomó	Indicación por el cual lo tomó
01			
02			
03			
04			

B4	ESTUDIOS DE GABINETE DEL NIÑO				
	¿Al niño le han tomado? a) Radiografías, b) Ultrasonidos, c) Tomografías, d) Resonancia magnética, e) radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste f) ninguno				
	Por favor si fue la toma en distintas ocasiones para un mismo estudio mencione para cada ocasión la edad, número de placas, motivo y lugar del cuerpo en donde se lo tomaron (en caso de ser un niño con leucemia; mencionar los que son antes del diagnóstico de leucemia):				
	Estudio	Edad de toma	# placas ó USG	Motivo por el cual se realizó (ahondar en el tema)	Sitio del cuerpo
01					
02					
03					
04					
05					

B5	ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DEL NIÑO				
01	¿El niño tiene algún familiar que haya presentado algún tipo de cáncer? 1) si 2) no				no 03
02	¿Quiénes presentaron cáncer y de qué tipo?				
		¿Cuántos?	tipo		¿Cuántos?
	Padre			Madre	
	Tíos paternos			Tíos maternos	
	Abuelos paternos			Abuelos maternos	
	Hermanos (niño)			Otros	
03	¿El niño tiene algún familiar que haya presentado Diabetes? 1) si 2) no				no B6
04	¿Quiénes presentaron Diabetes?				
	Padre			Madre	
	Tíos paternos			Tíos maternos	
	Abuelos paternos			Abuelos maternos	
	Hermanos (niño)			Otros	

B6	SIGNOS Y SÍNTOMAS sólo para los casos de leucemia						
01	¿Cuándo le diagnosticaron la leucemia aguda?			Día	Mes	Año	
02	¿Fecha de hospitalización en hospital de tercer nivel?			Día	Mes	Año	
03	¿Se hospitalizó anteriormente por este padecimiento? 1) si 2) no			no 06			
04	¿Cuántas veces? (marque con X)	1.	2.	3.	4.	5.	más de 5
05	¿Cuánto tiempo? (en días/vez)						
06	¿Cuánto tiempo antes del diagnóstico empezó a sentirse mal? (en días)						
07	¿Qué síntomas presentó el niño y cuánto tiempo antes del diagnóstico?						
		# días			# días		
08	Fiebre		15	Dolor de cabeza			
09	Moretones		16	Vómito			
10	Dolor de huesos		17	Sangrados			
11	Palidez		18	Falta de "hambre"			
12	Flojera		19	Dolor de estómago			
13	Pérdida de peso		20	Otros ¿cuáles?			
14	Bolas en el cuello, axilas		21				
24	¿Después de estos síntomas a los cuantos días lo llevo al médico? (en días)						

B7 EXPOSICIÓN RESIDENCIAL DEL NIÑO				<i>indicar a que domicilio No</i>			
<i>(En los casos preguntar antes del diagnóstico) ¿A qué distancia está el domicilio o la escuela del niño de ?</i>							
<i>1) sí 2) no</i>				<i>Distancia mts.</i>			
01	Fábricas			06	Refinerías de petróleo		
02	Plantas de Luz			07	Gasolineras		
03	Cables de alta tensión			08	Basureros municipales		
04	Torres de alta tensión			09	Otro:		
05	Transformadores de luz			¿Cuál?			

B8 ¿EXPOSICIÓN DEL NIÑO EN EL HOGAR																
01	En el hogar ¿el niño estuvo en contacto con alguna(s) de las siguientes sustancia(s)? <i>(decir la lista que se encuentra en la sección de ocupación)</i> 1) sí 2)no	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
02	La manejaba directamente															
03	Llego a tener contacto con su piel															
04	La llegó a tragar															
<i>¿Le produjo alguna de las siguientes molestias?</i>																
05	Irritación o resequedad en la piel															
06	Irritación de ojos o lagrimeo															
07	Tos, irritación, resequedad garganta															
08	Resequedad de nariz															
08	Mareo o sueño															
11	¿Cuántas horas al día está en contacto con esta? <i>(sustancia o situación) (horas)</i>															
12	¿Cuántos días por semana? <i>(días)</i>															
13	¿Cuántas semanas por mes? <i>(semanas)</i>															
14	¿Cuántos meses por año está en contacto con esta sustancia? <i>(meses)</i>															
15	Durante cuántos años															

B9 EXPOSICIÓN DEL NIÑO		
01	¿Su hijo usa teléfono celular?	<i>1)Sí 2)No</i>
02	¿Desde hace cuánto tiempo usa el teléfono celular?	
03	En promedio, ¿Cuánto tiempo usa el celular su hijo? <i>(hrs/día, hrs/sem, hrs/mes, hrs/año)</i>	

B10	TABAQUISMO DEL NIÑO					
01	¿El niño(a) ha fumado? <i>Preguntar directamente al niño si es mayor de 11 años y puede contestar, sino a la madre</i> 1) si 2) no				no 04	
02	¿Desde qué edad empezó a fumar el niño					
03	¿Cuántos cigarrillos fuma en promedio por		día	semana	mes	año
	TABAQUISMO PASIVO DEL NIÑO					
04	¿Alguna(s) persona(s) con quien el niño ha estado en contacto al menos 3 días por semana, fuman? 1) si 2) no				no B10	
05	¿Cuántas son?					
	De cada una de las personas con quien el niño estuvo en contacto me puede describir <i>(De las siguientes preguntas contéstelas en el cuadro de abajo para cada persona)</i>					
	06 ¿La persona es su familiar? 1)si 2)no	07 ¿Qué parentesco tiene con el niño?	08 ¿El niño ha estado en contacto con el humo del tabaco de alguna de estas personas? 1)si 2)no	09 Cuando estaba con esa persona ¿cuántos cigarrillos más o menos o aproximadamente fumaba frente a él?	10 ¿Cuánto tiempo el niño ha estado en contacto con esa persona? <i>(años o meses)</i>	11 ¿En qué lugar fuma esa persona? <i>(en caso de que no se fume frente al niño)</i>
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

B11	LACTANCIA INFANTIL	
01	¿El niño(a) fue alimentado con leche de fórmula? 1) si 2) no	
02	¿A partir de qué edad le inició su alimentación con leche de fórmula?	meses

	ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL NIÑO					
	<i>Durante el primer año de vida del niño</i>					
03	Durante el primer año de vida de su hijo, ¿Cuántas veces se enfermó de <i>gripa o catarro</i> ?				veces	
04	Durante el primer año de vida de su hijo, ¿Cuántas veces se enfermó de <i>anginas ó faringitis</i> ?				veces	
05	Durante el primer año de vida de su hijo, ¿Cuántas veces se enfermó del <i>estómago</i> ?				veces	
06	Su hijo, ¿Presentó alguna infección en el oído durante su primer año de vida? 1) si 2)no 3) No recuerdo					
07	Durante el primer año de vida de su hijo ¿Padeció alguna enfermedad alérgica? 1) si 2) no 3) No recuerdo					
08	Durante el primer año de vida de su hijo, ¿Presentó alguna de las siguientes infecciones?					
	<i>Nombre</i>	<i>1)Si 2)No</i>	<i>Edad(meses)</i>	<i>Nombre</i>	<i>1)Si)No</i>	<i>Edad (meses)</i>
	a) Bronquitis			e) Influenza		
	b) Bronquiolitis			f) Laringitis		
	c) Bronconeumonía			g) Faringoamigdalitis		
	d) Neumonía			h) Otra (Cual)		
09	Durante el primer año de vida, ¿su hijo padeció alguna otra infección? 1) si 2) no 3) No recuerdo					
10	Especifique la infección que padeció su hijo, la edad que tenía al enfermar y si fue hospitalizado					
	<i>Infección</i>	<i>Edad (meses)</i>	<i>Hospitalizado x esa enfermedad 1) Si 2) No</i>	<i>Tiempo de hospitalización (días)</i>		

11	Durante el primer año de vida ¿su hijo padeció alguna enfermedad? 1) si 2) no 3) No recuerdo			
12	Especifique la enfermedad que padeció, edad que tenía al enfermar y si fue hospitalizado			
	<i>Infección</i>	<i>Edad (meses)</i>	<i>Hospitalizado x esa enfermedad</i> 1) Si 2) No	<i>Tiempo de hospitalización (días)</i>

ESTANCIA INFANTIL				
13	¿El niño ha tenido que ser llevado a alguna guardería ó estancia infantil? 1) si 2) no 3) No recuerdo			
14	¿Qué edad tenía su hijo cuando ingresó a la guardería?			
15	¿Cuánto tiempo permaneció yendo en la guardería? (meses ó años)			
16	¿Hasta qué edad estuvo en la guardería? Menos de 1 año b) 1 año c) 2 a 3 años d) 4 años e) 5 años			
17	¿Cuántas horas/día permanecía su hijo en la guardería?			hrs./día
18	¿En la guardería su hijo fue agrupado con niños de sumisma edad? 1) si 2) no 3) No recuerdo			
19	¿Cuántos niños había en la guardería?			
20	¿Su hijo se enfermó durante su estancia en la guardería? 1) si 2) no 3) No recuerdo			
21	¿Cuál fue la enfermedad que presentó durante su estancia en la guardería?			
22	¿El niño fue hospitalizado por esa enfermedad? 1) si 2) no 3) No recuerdo			
23	¿Cuántos días permaneció hospitalizado el niño por esa enfermedad?			días

ACTIVIDADES RECREATIVAS DEL NIÑO				
Primer año de vida del niño				
24	Durante el primer año de vida de su hijo, ¿fue llevado a estimulación temprana y/o alguna otra actividad recreativa, social, cultural o religiosa? 1) si 2) no 3) No recuerdo			
25	¿A qué tipo de actividad llevó a su hijo?			
26	¿Con cuántos niños convivía su hijo mientras estaba en su actividad?			
27	¿Cuánto tiempo (horas) duraba su actividad?			hrs.
28	¿Cuántos días a la semana llevaba a su hijo?			días
Uno y Dos años de vida del niño				
29	Cuando su hijo tenía entre uno y dos años de edad ¿Realizaba alguna actividad cultural, social, cultural ó religiosa? 1) si 2) no 3) No recuerdo			
30	¿A qué tipo de actividad llevaba a su hijo?			
31	¿Con cuántos niños su hijo convivía mientras realizaba su actividad?			
32	¿Cuánto tiempo (horas) duraba su actividad?			hrs.
33	¿Cuántos días a la semana llevaba a su hijo?			días
34	En ese periodo, su hijo, ¿Tuvo amiguitos? 1) si 2) no 3) No recuerdo			
35	¿Con cuántos niños su hijo jugaba y/o se juntaba?			

Alergias del niño	
Su hijo es alérgico a:	
a) algún medicamento (especifique cual) _____	_____
b) la leche	
c) algún tipo de alimento (especifique cual) _____	
d) alguna sustancia, pelo de animales, plantas, (especifique) _____	
e) ninguna	

B12	ALERGIAS EN EL NIÑO			
	ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE ALERGIAS			
01	¿El niño tiene algún familiar que haya presentado algún tipo de alergia?			1) si 2) no
02	¿Quiénes presentaron alergia y cuál fue la alergia?			
		¿Cuántos?	tipo	
	Padre			Madre
	Tíos paternos			Tíos maternos
	Abuelos paternos			Abuelos maternos
	Hermanos (niño)			Otros ¿Quién?
	Rinitis Alérgica			
01	¿Desde RN hasta un año antes del diagnóstico de Leucemia/Entrevista su hijo, padeció rinitis alérgica?			
	1) si 2) no 3) No recuerdo			
	Signos y Síntomas			
02	¿Cuándo le confirmaron el diagnóstico de rinitis alérgica a su hijo?			Día Mes Año
03	¿Qué edad tenía su hijo cuando le confirmaron el diagnóstico de rinitis alérgica?			Años Meses
04	¿Qué estudio le realizaron a su hijo para confirmar el diagnóstico de rinitis alérgica? a) Pruebas cutáneas b) Prueba IgE en sangre c) Citología de moco nasal d) Ninguno e) Otro (Cuál)			
05	¿Cuánto tiempo antes del diagnóstico de rinitis alérgica empezó a sentirse mal?			días
06	¿Qué síntomas presentó el niño y cuánto tiempo antes del diagnóstico de rinitis alérgica?			
07	Prurito nasal		10	Estornudo
08	Rinorrea		11	Obstrucción nasal
09	Tos		12	Otro
13	¿Después de que presentó estos síntomas a los cuantos días llevo a su hijo al médico?			días
	Medicamentos			
14	¿Su hijo recibió tratamiento médico para la rinitis alérgica?			1) si 2) no 3) No recuerda
15	¿A su hijo le recetaron alguno de los siguientes medicamentos para rinitis alérgica ? (si tomó el mismo medicamento en varias ocasiones cual fue la indicación y en qué tiempo) a) Beclometasona, b) Metilprednisolona, c) Prednisona, d) Betametasona, e) Budesonide; i) otro (cual) j) ninguno			
	Medicamento	Edad usó	Dosis	Duración (días)
01				a) Oral b) Spray c) Tópico
02				
03				
04				
05				
	Asma Bronquial			
01	¿Desde RN hasta un año antes del diagnóstico de Leucemia/Entrevista su hijo, padeció asma bronquial?			
	1) si 2) no 3) No recuerdo			
	Signos y Síntomas			
02	¿Cuándo le confirmaron el diagnóstico de asma bronquial a su hijo?			Día Mes Año
03	¿Qué edad tenía su hijo cuando le confirmaron el diagnóstico de asma bronquial?			Años Meses
04	¿Qué estudio le realizaron a su hijo para confirmar el diagnóstico de asma bronquial? a) Espirometría b) Prueba IgE en sangre c) Pruebas Cutáneas d) Radiografía de tórax e) Ninguno e) Otro (Cuál)			
05	¿Cuánto tiempo antes del diagnóstico de asma bronquial empezó a sentirse mal?			días
06	¿Qué síntomas presentó el niño y cuánto tiempo antes del diagnóstico de asma bronquial?			
07	Obstrucción nasal		10	Disnea
08	Tos		11	Opresión torácica
09	Sibilancias		12	Otro ¿Cuál?

13	¿Después de que presentó estos síntomas a los cuantos días llevo a su hijo al médico?				días
Medicamentos					
14	¿Su hijo recibió tratamiento médico para asma bronquial? <i>1) sí 2) no 3) No recuerda</i>				
15	¿A su hijo le recetaron alguno de los siguientes medicamentos para <i>asma bronquial?</i> <small>(si tomó el mismo medicamento en varias ocasiones cual fue la indicación y en qué tiempo)</small> a) Beclometasona, b) Metilprednisolona, c) Prednisona, d) Betametasona, e) Budesonide; i) otro (cual) j) ninguno				
	Medicamento	Edad usó	Dosis	Duración (días)	a) Oral b) Spray c) Tópico
01					
02					
03					
04					
05					
Alergia en la piel					
01	¿Desde RN hasta un año antes del diagnóstico de Leucemia/Entrevista su hijo, padeció alergia en la piel? <i>1) sí 2) no 3) No recuerdo</i>				
Signos y Síntomas					
02	¿Cuándo le confirmaron el diagnóstico de alergia en la piel a su hijo?			Día	Mes
03	¿Qué edad tenía su hijo cuando le confirmaron el diagnóstico de alergia en la piel?			Años	Meses
04	¿Qué estudio le realizaron a su hijo para confirmar el diagnóstico de alergia en la piel? a) Pruebas cutáneas b) Prueba de IgE en sangre c) Examen de sangre d) Ninguno e) Otro (Cuál) _____				
05	¿Cuánto tiempo antes del diagnóstico de alergia en la piel empezó a sentirse mal?				días
06	¿Qué síntomas presentó el niño y cuánto tiempo antes del diagnóstico de alergia en la piel?				
07	Prurito		09	Eritema	
08	Urticaria		10	Piel seca	
11	¿Después de que presentó estos síntomas a los cuantos días llevo a su hijo al médico?				días
Medicamentos					
12	¿Su hijo recibió tratamiento médico para alergia en la piel? <i>1) sí 2) no 3) No recuerda</i>				
13	¿A su hijo le recetaron alguno de los siguientes medicamentos para <i>alergia en la piel?</i> <small>(si tomó el mismo medicamento en varias ocasiones cual fue la indicación y en qué tiempo) (un año antes del diagnóstico de leucemia/entrevista):</small> a) Beclometasona, b) Metilprednisolona, c) Prednisona, d) Betametasona, e) Budesonide; i) otro (cual) j) ninguno				
	Medicamento	Edad usó	Dosis	Duración (días)	a) Oral b) Spray c) Tópico
01					
02					
03					
04					
05					
Otro tipo de alergia					
01	¿Desde RN hasta un año antes del diagnóstico de Leucemia/Entrevista su hijo, padeció otra alergia? <i>1) sí 2) no 3) No recuerdo</i>				
02	¿Cuál fue la alergia que presentó su hijo?				
Signos y Síntomas					
03	¿Cuándo le confirmaron el diagnóstico de ésta alergia que presentó su hijo?			Día	Mes
04	¿Qué edad tenía su hijo cuando le confirmaron el diagnóstico de la alergia?			Años	Meses
05	¿Qué estudio le realizaron a su hijo para confirmar el diagnóstico de la alergia? a) Pruebas cutáneas b) Prueba IgE en sangre c) Citología de moco nasal d) Ninguno e) Otro (Cuál) _____				
05	¿Cuánto tiempo antes del diagnóstico de la alergia empezó a sentirse mal?				días
06	¿Qué síntomas presentó el niño y cuánto tiempo antes del diagnóstico su alergia?				
07	Prurito			Dolor abdominal	
08	Hinchazón de labios o lengua			Diarrea	

09	Nauseas		Otro ¿Cuál?	
10	¿Después de que presentó estos síntomas a los cuantos días llevo a su hijo al médico?			días
Medicamentos				
14	¿Su hijo recibió tratamiento médico para esta alergia? <i>1)si 2)no 3)No recuerda</i>			
15	¿A su hijo le recetaron alguno de los siguientes medicamentos para su <i>alergia?</i> <small>(si tomó el mismo medicamento en varias ocasiones cual fue la indicación y en qué tiempo)</small> a)Beclometasona, b)Metilprednisolona, c)Prednisona, d)Betametasona, e)Budesonide; i) otro (cual) j) ninguno			
	Medicamento	Edad usó	Dosis	Duración (días)
01				
02				
03				
04				
05				
	¿Actualmente su hijo utiliza algún esteroide para su alergia? <i>1)si 2)no 3)No recuerda</i>			
	¿Cuánto tiempo duró usando su hijo el esteroide para su enfermedad alérgica? <i>(días/años)</i>			
	¿Qué edad tenía su hijo, la última vez que uso el esteroide para su alergia?			

Parásitos				
01	¿Alguna vez su hijo ha presentado parásitos (lombrices) intestinales o amibas? <i>1) si 2) no 3)No recuerdo</i>			
02	¿Cuál es el nombre del parásito que presentó su hijo?			
04	¿Qué estudio médico le realizaron a su hijo para confirmar que tenía parásitos (lombrices) intestinales? a)Coproparasitoscópico b)Examen de sangre			
02	¿Cuándo le confirmaron que su hijo tenía parásitos (lombrices) intestinales o amibiasis?	Día	Mes	Año
03	¿Qué edad tenía su hijo cuando le confirmaron que tenía parásitos (lombrices) intestinales o amibas?	Años	Meses	

Medicamentos				
14	¿Su hijo recibió tratamiento médico para la parasitosis o amibiasis? <i>1)si 2)no 3)No recuerda</i>			
15	¿A su hijo le recetaron alguno de los siguientes medicamentos para la parasitosis o amibiasis? a)Mebendazol, b)Albendazol, c)Tiabendazol, d)Trinidazol e)Pamoato de Pirantel, f)Niclosamida, g)Ivermectina, h)Praciquantel, i)Tezoclan, j)Cloroquina, k)Oxamniquina, l)Otro ¿Cuál?, m) Ninguno			
	Medicamento	Edad en que lo tomó	Dosis	Duración (días)
01				
02				
03				
04				
05				

01	¿Cada cuando desparasita a su hijo? <i>a)cada 6 meses b)cada año c)cada 2 años d) nunca lo hedesparasitado</i>			
02	¿Qué edad tenía su hijo cuando lo desparasitó por primera vez?		Años	Meses
03	¿Qué edad tenía su hijo cuando lo desparasitó por última vez?		Años	Meses
04	¿Qué medicamento usa generalmente para desparasitarlo?			

B13 **DIETA DEL NIÑO**

¿El año anterior (para los casos a la presencia de signos y síntomas) su hijo que alimentos acostumbraba comer? Le diré un listado, favor de indicar con frecuencia y que tamaño de porción comía. (coloque una "x" en el cuadro correspondiente)

Nombre del alimento	FRECUENCIA DE LA PORCIÓN												TAMAÑO						
	DÍA			SEMANA						MES			AÑO			NUNCA	CHICO	MEDIANO	GRANDE
	1-2	3-4	5-6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1-4	5-8	9-	0	C	M	G
Cereales y harinas																			
01	Cereales de trigo (una taza)																		
02	Cereales de maíz (una taza)																		
03	Atoles de avena (media taza)																		
04	Tortilla de maíz (una pieza)																		
05	Tortilla de harina (una pieza)																		
06	Pan de caja (una rebanada)																		
07	Atoles de arroz																		
08	Bolillo (una pieza)																		
09	Pan de dulce (una pieza)																		
10	Amaranto (una taza)																		
11	Tamales (una pieza)																		
Pescados y mariscos																			
01	Atún (1/2 taza)																		
02	Sardina (1/2 taza)																		
03	Camarón (1/2 taza)																		
04	Ostiones (1/2 taza)																		
05	Pulpo (1/2 taza)																		
06	Pescado (una porción)																		
07	Bacalao (un trozo)																		
Embutidos																			
01	Patee (una cucharada)																		
02	Jamón (una rebanada)																		
03	Longaniza (un trozo)																		
04	Chorizo (una pieza)																		
05	Mortadela (una rebanada)																		
06	Tocino (una rebanada)																		
07	Salchicha (una pieza)																		
08	Queso de puerco (una rebanada)																		
Lácteos y derivados																			
01	Leche Clavel (un vaso)																		
02	Leche condensada (una cucharada)																		
03	Leche pasteurizada (marca)																		
04	Leche bronca de establo																		
05	Crema (una cucharada)																		
06	Leche en polvo (un vaso)																		
07	¿Cuál?																		
08	Crema chantillí (una cucharada)																		
09	Danonino (una pieza)																		
10	Yakult (una pieza)																		
11	Chocolate polvo (una cucharada)																		
12	Yoghurt de búlgaros																		
13	Yoghurt industrializado (1/2 taza)																		

Nombre del alimento	FRECUENCIA DE LA PORCIÓN												TAMAÑO						
	DÍA			SEMANA						MES			AÑO			NUNCA	CHICO	MEDIANO	GRANDE
	1-2	3-4	5-6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1-4	5-8	9-	0	C	M	G
Lácteos y derivados																			
14	Margarina (una cucharada)																		
15	Mantequilla (una cucharada)																		
16	Queso blanco (una cucharada)																		
17	Queso amarillo (una rebanada)																		
18	Café (una taza)																		
19	Té (una taza)																		
Carnes																			
01	Huevo (una pieza)																		
02	Pollo (una pieza)																		
03	Carne de res (una ración)																		
04	Vísceras de res o cerdo (1 ración)																		
05	Carne de cerdo (una ración)																		
06	Carnes adobadas																		
07	Carnes ahumadas (una ración)																		
Aderezos																			
01	Salsa cátsup (una cucharada)																		
02	Mayonesa (una cucharada)																		
03	Aceite de olivo (una cucharada)																		
04	Vinagre (una cucharada)																		
05	Chile y/o salsas (una cucharada)																		
	¿Cuál?																		
Frutas en temporada																			
01	Plátano (una pieza)																		
02	Ciruelas (media taza)																		
03	Durazno (una pieza)																		
04	Manzana (una pieza)																		
05	Jícama (1/2 taza)																		
06	Naranja (una pieza)																		
07	Uvas (media taza)																		
08	Fresas (media taza)																		
09	Melón (una rebanada)																		
10	Sandía (una rebanada)																		
11	Tamarindo (un vaso)																		
12	Mango (una pieza)																		
13	Mandarina (pieza)																		
14	Pera (una pieza)																		
15	Mamey (una rebanada)																		
16	Tuna (una pieza)																		
17	Zapote (media taza)																		
18	Papaya (una rebanada)																		
19	Piña (una rebanada)																		
20	Limón (una pieza)																		
Verduras																			
01	Aceitunas (tres piezas)																		
02	Champiñones (1/2 taza)																		

Nombre del alimento	FRECUENCIA DE LA PORCIÓN												TAMAÑO						
	DÍA			SEMANA						MES			AÑO			NUNCA	CHICO	MEDIANO	GRANDE
	1-2	3-4	5-6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	1-4	5-8	9-	0	C	M	G
Verduras																			
03	Chiles de lata (una cucharada)																		
04	Coliflor (media taza)																		
05	Col (media taza)																		
06	Apio (media taza)																		
07	Espárragos (un plato)																		
08	Chícharo (un plato)																		
09	Jitomate (un plato)																		
10	Elote (una pieza)																		
11	Papa (una pieza)																		
12	Zanahoria (1/2 taza)																		
13	Espinacas (1/2 taza)																		
14	Calabacita (1/2 taza)																		
15	Lechuga (1/2 taza)																		
16	Pepinos (1/2 taza)																		
17	Germen de trigo (media taza)																		
18	Nopales (1/2 taza)																		
19	Aguacate (1/2 pieza)																		
20	Flor de calabaza (1/2 taza)																		
21	Betabel (1/2 taza)																		
22	Cebolla (una rebanada)																		
23	Brócoli (1/2 taza)																		
24	Ejotes (1/2 taza)																		
25	Cilantro (media taza)																		
26	Chayotes (1/2 taza)																		
27	Frijoles (un plato)																		
28	Arroz (un plato)																		
29	Habas (una taza)																		
30	Lentejas (1 taza)																		
Dulces y golosinas																			
01	Frutas en almíbar (1/2 taza)																		
02	Gelatina (una taza)																		
03	Chocolate (1 barra)																		
04	Frituras (una bolsa)																		
05	Palomitas (una bolsa)																		
06	Galletas (1/2 taza)																		
07	Refresco de cola (un vaso)																		
08	Refresco sabor (un vaso)																		
09	Jugos embotellados (un vaso)																		
10	Dulces (una pieza)																		
11	Gerber (1 frasco)																		
12	Pastel casero (una rebanada)																		
13	Pastelitos (gansitos, etc.) (1 pieza)																		
14	Miel (una cucharada)																		
15	Complemento alimenticio																		

E	EXPEDIENTE HOJA DIAGNOSTICA										
E1	Signos y Síntomas										
Fuente de signos y síntomas 1)Envío 2)Admisión C. 3)Urgencias 4)Ped. Med. 5)Ingreso Hemato 8)otro											
	1) sí, 2)no	desde cuando	Fuente	Fecha		1) sí, 2)no,	desde cuando	Fuente	Fecha		
01	Linfadenopatías				12	Dolor abdominal					
02	Fiebre				13	Vómito					
03	Petequias				14	Epistaxis					
04	Equimosis				15	Gingivorragia					
05	Dolor óseo				16	Hematemesis					
06	Palidez				17	Hiporéxia					
07	Astenia				18	Otros cuales:					
08	Pérdida de peso				19						
09	Melena				20						
10	Adinamia				21						
11	Cefalea				22						
		1) sí 2)no 3)nsm	desde cuando	Tamaño por DBC cm	Fuente	Fecha					
23	Esplenomegalia										
24	Hepatomegalia										
25	Masa Mediastinal										
26	Adenomegalias				cm	Regiones:					
E2	Datos de laboratorio										
Fuente de datos de laboratorio 1) Envío 2) Admisión C 3)Urgencias 4)Ped. Med. 5) Ingreso Hemato 8)otro											
	Cuenta de leucocitos (LEU/WBC)	(Céls xmm ³)	Linfocitos (LIN/LYNPH)	(Céls xmm ³)							
	Neutrófilos (NEU/Granulocitos)	(Céls xmm ³)	Linfocitos (LIN/LYNPH)							%	
	Neutrófilos (NEU/Granulocitos)	%	Hemoglobina (Hb/HEM)	(g/dl)							
	Plaquetas (PLTS/TROMB)	(Céls xmm ³)	Fecha del examen	Día	Mes	Año					
	Fecha del examen	Día	Mes	Año	Blastos (BLA) en sangre periférica (FSP)					%	
	Fue antes de alguna transfusión el resultado? 1)Sí 2)No 3)NHD										
	Grupo sanguíneo A, B, O, AB Rh Positivo Rh Negativo										
E3	Reporte de Aspirado de Médula ósea (AMO)		Fecha del examen de AMO			Día	Mes	Año			
								Porcentaje de blastos en MO		%	
01	Descripción/Reporte del resultado del AMO:										
02	Diagnóstico Morfológico :					1) LAL	2) LAM				
03	Clasificación de acuerdo a FAB 1) L1 2) L2 3) L3 4) M0 5) M1 6) M2 7) M3 8) M4 9) M5 10) M6 11) M7 13) NHD										
04	Fecha de diagnóstico de leucemia por AMO					Día	Mes	Año			
05	Fuente de hallazgos de laboratorio 1) Hoja de lab. 2) Notas de Hemato 4) otro					¿Cuál?					
06	Fuente de medula ósea 1) Hoja de MO 2) nota de Hemato 4) Otro					¿Cuál?					
07	Se acompañó el diagnóstico con un proceso infeccioso 1) sí 2) no 3) Se infiere que sí 4) Se infiere que no 9) NHD										
08	Raza		1) Negra	2) Blanca	3) Mestiza	4) Otra					

09	Clasificación por inmunofenotipo: 1) Pre B 2) Células B 3)Células T 4) Sin Clasificar 5)NHD								
	Describe:								
10	Infiltración de la Leucemia en el diagnóstico 1) si 2) No 3)NHD								
	1) Testículo u Ovario		2) Mediastino		4) SNC		8)Ninguno	99) NHD	
Anote la fuente de donde obtuvo infiltración a órganos									
RX de Tórax: 1) Hoja de RX 2)Inicio de quimioterapia 4) Hojas de Hemato 8) Otros 99) NHD									
USG: 1) Hoja de USG 2)Inicio de quimioterapia 4) Hojas de Hemato 8) Otros 99) NHD									
LCR: 1) Hoja de LCR 2)Inicio de quimioterapia 4) Hojas de Hemato 8) Otros 99) NHD									
El paciente fue catalogado como 1) Riesgo habitual 2) Riesgo alto 3) Otro cual:									
Especifique el criterio más fuerte que se utilizó para señalar que el paciente es de alto riesgo									
11	Cariotipo:								
	Resultado					Fecha Cariotipo	Día	Mes	Año
E 4 Tratamiento de Quimioterapia									
01	Ventana Esteroidea								
	¿Recibió Ventana Esteroidea(VE)?	Si	No	Fecha de Inicio de la VE	Día	Mes	Año		
	Medicamento VE	Dosis	Duración	Observaciones					
02	Inducción a la remisión								
	Medicamentos	Dosis	Duración	Observaciones					
Intratecal Describa región									
	Medicamento	Dosis	Duración	Observaciones					
Radioterapia describa									
	Zonas	Voltaje	Duración	Observaciones					
Mantenimiento o consolidación									
	Medicamento	Dosis	Duración	Observaciones					

No. afiliación:	Folio:			
NOMBRE DEL PACIENTE			EDAD:	SEXO:
Diagnóstico:				
Procedimiento (Citometría de flujo y aparato):				
Resultados Positivos:				
Resultados Negativos:				
Se concluye:				

INMUNOFENOTIPO							
Tipo de muestra:		Médula Ósea			Otro:		
Control 1:							
Control 2:							
CD34 (13)	%	CD2 (T11)	%	CD117	%	CD16	%
Kappa	%	AntiTdT	%	CD41a	%	gpP	%
Lamdda	%	CD4	%	CD42	%	CD71	%
CD79a (12)	%	CD5 (T1)	%	CD61	%	CD57	%
CD19 (B4)	%	CD7	%	CD8	%	FML7	%
CD20 (B1)	%	AntiTCRa/b	%	CD58	%	CD35	%
CD10 (J5)	%	HLA-DR	%	CD64	%	CD51	%
IgMc	%	CD45	%	CD38	%	CD12	%
IgMs	%	MPO	%	IDNA	%	PCA	%
IgGc	%	CD13 (MY7)	%	CD21 (B2)	%	CD55	%
CD22	%	CD14 (MO2)	%	Glicoforina	%	CD59	%
CD56	%	CD15	%	CD11b	%		%
CD3	%	CD33 (MY9)	%	CD11c	%		%

CITOQUÍMICA		
Mieloperoxidasa:		
PAS:	Esterasa ácida:	Fosfatasa ácida:
Otras:		
Notas:		

Informante: _____

Fecha de estudio: _____

No. afiliación:	Folio:		
NOMBRE DEL PACIENTE		EDAD:	SEXO:
Diagnóstico:			
Se concluye:			

Traslocaciones		
Tipo de muestra:	Médula Ósea	Otro:
Control 1:		
Control 2:		

MLL/AF1p	
MLL/AF1q	
E2A/PBX1	
AML/EAP/MDS/EVI1	
NPM/MLF1	
MLL/AF4	
TEL/PDGFRb	
NPM/RARa	
MLL/AF6	
DEK/CAN	
AML1/MGT8	
MLL/AF9	
TEL/ABL	
BCR/ABL	

SET/CAN	
MLL/AF10	
MLL/AF17	
PLZF/RARa	
MLL/ELL	
MLL/ENL	
TEL/AML1	
TEL/MN1	
PML/RARa	
TLS/ERG	
EZA/HLF	
CBFb/MYHI1	
MLL/AFX	
SIL/TALI	

Notas:

Realizó: _____

Fecha de resultado: _____

D	CUESTIONARIO DE LA MADRE			
D1	ANTECEDENTES PERSONALES			
01	Edad	Años	Meses	
02	Fecha de nacimiento	día	mes	año
03	Lugar de nacimiento	Estado		
04	¿En dónde nacieron sus padres?	Lugar del padre	Lugar de la madre	
05	¿En dónde nacieron sus abuelos?	Abuelo paterno	Abuela paterna	Abuelo materno
06	¿Qué edad tenía cuando se embarazó de (nombre del niño)?	años		
07	¿Qué peso tenía usted al momento quedó embarazada de (nombre del niño)?	Kg		
08	¿Hasta qué grado estudió? <i>En el caso de nivel técnico preguntar si fue después de la primaria, secundaria, o bachillerato, Si es profesional o posgrado preguntar cuántos años para cada caso</i>			
	Analfabeta	Cuántos años de carrera(s) técnica(s)		
	Sabe leer y escribir	Cuántos años de Bachillerato		
	Cuántos años de Primaria	Cuántos años de carrera(s) técnica(s)		
	Cuántos años de carrera(s) técnica(s)	Cuántos años de Profesional		
	Cuántos años de Secundaria	Cuántos años de Posgrado		
	Total de años de estudio			
09	Escolaridad de la madre			
10	Ocupación actual de la madre			

D2	EXPOSICIÓN AL TABACO												
D2.1	TABAQUISMO DE LA MADRE												
01	¿Usted ha fumado alguna vez?	1) si	2) no	si 03									
02	¿Nunca ha fumado?	1) si ha fumado	2) no ha fumado	no d2.6									
03	¿A qué edad empezó a fumar?	años											
04	Al empezar a fumar ¿cuántos cigarrillos fumaba en promedio por?	día	semana	mes									
05	¿Durante algún tiempo de su vida dejó de fumar?	1) si	2) no	no d2.2									
06	¿A qué edad dejó de fumar?	años	07. ¿Durante cuánto tiempo dejó de fumar?										
D2.2	TABAQUISMO ACTIVO DE LA MADRE ANTES DEL EMBARAZO												
01	¿Antes del embarazo de su hijo usted fumó?	1) si	2) no	no d2.3									
02	¿Cuántos años fumó	Periodos en años (marque X)											
		1-3	4-6	7-9									
03	¿Cuántos cigarrillos fumaba? Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada período	Periodos en años antes del embarazo (poner cantidad)											
	<i>elegir una sola opción</i>												
04	Al día												
05	A la semana												
06	Al mes												
D2.3	TABAQUISMO ACTIVO DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO												
01	¿Durante el embarazo del niño(a) usted fumó?	1) si	2) no	no d2.4									
02	¿Durante qué meses del embarazo fumó?	Meses del embarazo marque (X)											
		1.	2.	3.									
		4.	5.	6.									
		7.	8.	9.									
03	¿Cuántos cigarrillos fumaba? Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada mes	Mes de embarazo (poner cantidad)											
	<i>elegir una sola opción</i>												
04	Al día												
05	A la semana												
06	Al mes												
D2.4	TABAQUISMO ACTIVO DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA												
01	¿Durante la lactancia del niño(a) usted fumó?	1) si	2) no	no d2.5									
02	¿Durante qué meses de la lactancia fumó?	Meses de la lactancia marque (X)											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
03	¿Cuántos cigarrillos fumaba? Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada mes	Mes de la lactancia (poner cantidad)											
	<i>elegir una sola opción</i>												
04	Al día												
05	A la semana												
06	Al mes												

D2.5 TABAQUISMO ACTIVO DE LA MADRE DESPUÉS DEL NACIMIENTO															
01	¿Después del nacimiento de su hijo usted fumó? 1) si 2) no													no 07	
02	¿Qué años fumó?	Años de vida del niño (poner cantidad)													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
03	¿Cuántos cigarrillos fumaba? Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada año														
04	elegir una sola opción	Años de vida del niño (poner cantidad)													
		Al día													
		A la semana													
		Al mes													
07	¿Actualmente Usted fuma? 1) si 2) no													no 09	
08	Cuántos cigarrillos fuma actualmente por										día	sem	mes	año	D 2.6
09	¿A qué edad dejó de fumar?														

D2.6 TABAQUISMO PASIVO DE LA MADRE ANTES DEL EMBARAZO														
01	El año previo al embarazo de su hijo ¿Algunas personas con quien usted estuvo en contacto al menos 3 días por semana, fumaba? 1) si 2) no													no d2.7
02	¿Cuántas son?													
De cada una de las personas con quien estuvo en contacto es tan amable en describir sí (De las siguientes preguntas contéstelas en el cuadro de abajo para cada persona)														
	03 ¿La persona es su familiar? 1)si 2)no	04 ¿Qué parentesco tiene con usted?	05 ¿Ha estado en contacto con el humo del tabaco de alguna de estas personas 1) si 2) no	06 Cuando usted estaba con esa persona ¿cuántos cigarrillos más o menos o aproximadamente fumaba frente a usted?	07 ¿Durante cuántos años ha estado en contacto con esa persona?									
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

D2.7 TABAQUISMO PASIVO DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO														
01	Durante el embarazo de su hijo ¿Alguna(s) personas con quien tuvo usted contacto al menos 3 días por semana, fumó frente a usted? 1) si 2) no													no d2.8
02	¿Cuántas son?													
De cada una de las personas con quien estuvo en contacto me puede describir sí (De las siguientes preguntas contéstelas en el cuadro de abajo para cada persona)														
	03 ¿La persona es familiar? 1)si 2)no	04 ¿Que parentesco tiene con usted?	05 Cuando usted estaba con esa persona ¿cuántos cigarrillos más o menos o aproximadamente fumaba frente a usted?	06 ¿Durante qué meses del embarazo estuvo en contacto con esa persona? (marque con una x)										
				1	2	3	4	5	6	7	8	9		
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														

D2.8	TABAQUISMO PASIVO DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA																		
01	Durante la lactancia de su hijo ¿Alguna(s) personas con quien tuvo usted contacto al menos 3 días por semana, fumó frente a usted? <i>1) si 2) no</i>													no d2.9					
02	¿Cuántas son?																		
De cada una de las personas con quien estuvo en contacto me puede describir sí <i>(De las siguientes preguntas contéstelas en el cuadro de abajo para cada persona)</i>																			
	03 ¿La persona es familiar? 1)si 2)no	04 ¿Que parentesco tiene con usted?	05 Cuando usted estaba con esa persona ¿cuántos cigarrillos más o menos o aproximadamente fumaba frente a usted?	06 ¿Durante qué meses de la lactancia estuvo en contacto con esa persona? <i>(marque con una x)</i>															
				1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.				
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
D2.9	TABAQUISMO PASIVO DE LA MADRE DESPUÉS DEL NACIMIENTO																		
01	Después del nacimiento de su hijo hasta la fecha (en los casos hasta el diagnóstico de LA) ¿Tiene contacto con personas que fuman al menos tres días por semana? <i>1) si 2) no</i>													no d3					
02	¿Cuántas son?																		
De cada una de las personas con quien estuvo en contacto me puede describir sí <i>(De las siguientes preguntas contéstelas en el cuadro de abajo para cada persona)</i>																			
	03 ¿La persona es familiar? 1)si 2)no	04 ¿Que parentesco tiene con usted?	05 Cuando usted estaba con esa persona ¿cuántos cigarrillos más o menos o aproximadamente fumaba frente a usted?	06 ¿En qué años de la vida del niño tuvo contacto con esta persona? <i>(marque con una x)</i>															
				1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			

D3.1 ALCOHOLISMO DE LA MADRE ANTES DEL EMBARAZO														
01	¿Alguna vez ha tomado bebidas alcohólicas? 1) si 2) no												si 03	
02	¿Nunca ha tomado bebidas alcohólicas? 1) si 2) no												no d4	
03	¿Desde qué edad empezó a tomar bebidas alcohólicas?												años	
04	Un año antes del embarazo de su hijo ¿con qué frecuencia tomaba?													
	Tipo de bebida	Veces al día				Veces a la semana			Veces mes			Veces al año		
		1	2-3	4-5	6>	1	2-4	5-6	7	1-2	3-4	1-4	5-8	9-11
	1 Vaso Cerveza													
	1 vaso de Sidra													
	1 Vaso de vino de mesa													
	Bebida prep. Ron													
	Bebida prep. Brandy													
	Bebida prep. Whisky													
	Bebida prep. Vodka													
	Bebida prep. Cognac													
	1 vaso de Pulque													
	1 copa de Tequila													
	Otra													
D3.2 ALCOHOLISMO DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO														
01	¿Durante el embarazo de su hijo usted tomó bebidas alcohólicas? 1) si 2) no												no d3.3	
02	¿Qué tipo de bebida alcohólica y con qué frecuencia tomó?													
	Tipo de bebida	Meses del embarazo llenar para cada mes cuantas /D día, S semana o M mes ejemplo 3/M												
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.				
	1 Vaso Cerveza													
	1 vaso de Sidra													
	1 Vaso de vino de mesa													
	Bebida prep. Ron													
	Bebida prep. Brandy													
	Bebida prep. Whisky													
	Bebida prep. Vodka													
	Bebida prep. Cognac													
	1 vaso de Pulque													
	1 copa de Tequila													
	Otra													
D3.3 ALCOHOLISMO DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA														
01	¿Durante la lactancia de su hijo usted tomó bebidas alcohólicas? 1) si 2) no												no d2.4	
02	¿Qué tipo de bebida alcohólica y con qué frecuencia tomó?													
	Tipo de bebida	Meses de la lactancia llenar para cada mes /D día, S semana o M mes ejemplo 3/M												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
	1 Vaso Cerveza													
	1 vaso de Sidra													
	1 Vaso de vino de mesa													
	Bebida prep. Ron													
	Bebida prep. Brandy													
	Bebida prep. Whisky													
	Bebida prep. Vodka													
	Bebida prep. Cognac													
	1 vaso de Pulque													
	1 copa de Tequila													
	Otra													
D3.4														
	¿Actualmente usted toma? 1) si 2) no												si d4	
01	¿A qué edad tomó por última ocasión?												años	

D4.1	ADICCIONES DE LA MADRE															
01	¿Alguna vez ha consumido drogas? 1) si 2) no											si 03				
02	¿Nunca se ha drogado? 1) si 2) no											no d5				
03	¿A qué edad empezó a consumir drogas? (Anotar que tipo de droga y por cuánto tiempo)											años				
D4.2	ADICCIONES DE LA MADRE ANTES DEL EMBARAZO															
01	¿El año previo al embarazo de su hijo usted consumió drogas? 1) si 2) no											no d4.3				
02	¿Qué tipo de droga consumía y con qué frecuencia?															
	Tipo de droga	Veces al día				Veces a la semana				Veces mes		Veces al año				
		1	2-3	4-5	6 o >	1	2-4	5-6	7	1-2	3-4	1-4	5-8	9-11		
	Marihuana															
	Cemento															
	Thinner															
	Cocaína															
	Heroína															
	Otro ¿cuál?															
D4.3	ADICCIONES DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO															
01	¿Durante el embarazo de su hijo usted consumió drogas? 1) si 2) no											no d4.4				
02	¿Qué tipo de droga consumía y con qué frecuencia?															
	Tipo de droga	Meses del Embarazo (anotar el número de veces por mes)														
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.						
	Marihuana															
	Cemento															
	Thinner															
	Cocaína															
	Heroína															
	Otro ¿cuál?															
D4.4	ADICCIONES DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA															
01	¿El año posterior al nacimiento de su hijo usted consumió drogas? 1) si 2) no											no d4.5				
02	¿Qué tipo de droga consumía y con qué frecuencia?															
	Tipo de droga	Meses del año posterior al nacimiento (anotar el número de veces por mes)														
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.			
	Marihuana															
	Cemento															
	Thinner															
	Cocaína															
	Heroína															
	Otro ¿cuál?															
D4.5	ADICCIONES DE LA MADRE POSTERIOR A LA LACTANCIA															
01	¿Posterior al nacimiento de su hijo usted consumió drogas? 1) si 2) no											no d4.6				
02	¿Qué tipo de droga consumía y con qué frecuencia?															
	Tipo de droga	Años de vida del niño (favor de anotar promedio de veces por mes en cada año)														
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
	Marihuana															
	Cemento															
	Thinner															
	Cocaína															
	Heroína															
	Otro ¿cuál?															
D4.6	¿Actualmente usted consume drogas? 1) si 2) no													si d5		
01	¿A qué edad la consumió por última ocasión?											años				

D5	CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR LA MADRE												
D5.1	CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR LA MADRE 1 AÑO ANTES DEL EMBARAZO												
01	¿Enfermó de gripas o catarros?	veces			¿Qué medicamentos tomó para la gripa o catarro?								
02	¿Enfermó del estómago?	veces			¿Qué medicamentos tomó para el estómago?								
03	¿Enfermó de anginas?	veces			¿Qué medicamentos tomó para las anginas?								
04	Antes del embarazo de su hijo (nombre del niño), ¿Se enfermó o padeció alguna infección, alergia ó Diabetes Mellitus?											1)si 2)no	
05	¿De qué se enfermó?												
06	¿En qué tiempo se enfermó?	Meses del año previo al embarazo											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
07	¿Desde hace cuántos años antes de embarazo le diagnosticaron la Diabetes Mellitus?										años		
08	¿Usted tomó algún medicamento para la Diabetes antes del embarazo?										1) Sí 2) No		
09	¿Nombre del medicamento que tomó para la Diabetes Mellitus antes del embarazo?												

10	El año previo al embarazo de su hijo ¿tomó usted alguno o varios de los siguientes medicamentos? (Favor de indicar si tomó el mismo medicamento en varias ocasiones en qué mes o meses y cuál fue la indicación) a)cloranfenicol, b)fenilbutazona, c)azatriopina (inmuran), d)metronidazol, e)hierro, f)vitaminas (cual), g)antiepilépticos (cual), h)antineoplásicos (cual), i)Metformina, j)Glibenclamida, k)otro (cual), l)ninguno													
	Medicamento	Indicación por el cual lo tomó	Meses del año previo al embarazo											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

D6	ESTUDIOS REALIZADOS															
D6.1	ESTUDIOS REALIZADOS A LA MADRE 1 AÑO ANTES DEL EMBARAZO															
	El año previo al embarazo de su hijo ¿le realizaron a usted alguno de los siguientes estudios? (Por favor si fue la toma en distintas ocasiones para un mismo estudio mencione para cada ocasión el mes, numero de placas, motivo y lugar del cuerpo en dónde se lo tomaron) a) Radiografías, b)Ultrasonidos, c)Tomografías, d)Resonancia magnética, e) radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste f) ninguno															
	Tipo de estudio	Mes de toma												Placas ó USG	Motivo por el cual se realizó	Sitio del cuerpo
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																

D5	CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR LA MADRE									
D5.2	CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO									
01	¿Durante el embarazo enfermó de gripas o catarros?	veces	¿Qué medicamentos tomó para la gripa?							
02	¿Durante el embarazo enfermó del estómago?	veces	¿Qué medicamentos tomó para el estómago?							
03	¿Durante el embarazo enfermó de anginas?	veces	¿Qué medicamentos tomó para las anginas?							
04	Durante el embarazo de su hijo (nombre del niño), ¿Se enfermó o padeció alguna infección, alergia ó Diabetes Mellitus? 1)si 2)no									
05	¿De qué se enfermó?									
06	¿En qué tiempo se enfermó?	Meses del embarazo								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
09	¿Tomó usted algún medicamento para la Diabetes durante el embarazo? 1) Sí 2)No									
10	¿Nombre del medicamento que tomó para la Diabetes durante el embarazo?									

11	<p>Durante el embarazo de su hijo ¿tomó usted alguno o varios de los siguientes medicamentos? (Favor de indicar si tomó el mismo medicamento en varias ocasiones en qué mes o meses y cuál fue la indicación)</p> <p>a)cloranfenicol, b)fenilbutazona, c)azatriopina (inmuran), d)metronidazol, e)hierro, f)vitaminas (cual), g)antiepilépticos (cual), h)antineoplásicos (cual), i)Metformina, j)Glibenclamida, k)otro (cual), l)ninguno</p>										
	Medicamento	Indicación por el cual lo tomó	Meses del embarazo								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9

D6	ESTUDIOS REALIZADOS												
D6.1	ESTUDIOS REALIZADOS A LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO												
	<p>Durante el embarazo de su hijo ¿le realizaron a usted alguno de los siguientes estudios? (Por favor si fue la toma en distintas ocasiones para un mismo estudio mencione para cada ocasión el mes, numero de placas, motivo y lugar del cuerpo en dónde se lo tomaron)</p> <p>a) Radiografías, b)Ultrasonidos, c)Tomografías, d)Resonancia magnética, e) radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste f) ninguno</p>												
	Tipo de estudio	Mes de toma									Placas ó USG	Motivo por el cual se realizó	Sitio del cuerpo
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													

D5	CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR LA MADRE												
D5.2	CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA												
01	¿Durante la lactancia se enfermó de gripas o catarros?	veces	¿Qué medicamentos tomó para la gripa?										
02	¿Durante la lactancia se enfermó del estómago?	veces	¿Qué medicamentos tomó para el estómago?										
03	¿Durante la lactancia se enfermó de anginas?	veces	¿Qué medicamentos tomó para las anginas?										
04	Durante la lactancia de su hijo, ¿Se enfermó o padeció alguna infección o alergia? 1)si 2)no												
05	¿De qué se enfermó?												
06	¿En qué tiempo se enfermó?	Meses de la lactancia											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

07	Durante la lactancia de su hijo ¿tomó usted alguno o varios de los siguientes medicamentos? (Favor de indicar si tomó el mismo medicamento en varias ocasiones en qué mes o meses y cuál fue la indicación) a)cloranfenicol, b)fenilbutazona, c)azatriopina (inmuran), d)metronidazol, e)hierro, f)vitaminas (cual), g)antiepilépticos (cual), h)antineoplásicos (cual), i)Metformina, j)Glibenclamida, k)otro (cual), l)ninguno													
	Medicamento	Indicación por el cual lo tomó	Meses de lactancia materna											
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

D6	ESTUDIOS REALIZADOS															
D6.1	ESTUDIOS REALIZADOS A LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA															
	Durante la lactancia de su hijo ¿le realizaron a usted alguno de los siguientes estudios? (Por favor si fue la toma en distintas ocasiones para un mismo estudio mencione para cada ocasión el mes, numero de placas, motivo y lugar del cuerpo en dónde se lo tomaron) a) Radiografías, b)Ultrasonidos, c)Tomografías, d)Resonancia magnética, e) radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste f) ninguno															
	Tipo de estudio	Mes de toma												Placas ó USG	Motivo por el cual se realizó	Sitio del cuerpo
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																

¿ Durante el embarazo padeció de alguno de los siguientes síntomas		1) si 2) no											
		En qué mes del embarazo											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
22	Fiebre												
23	Vómito												
24	Náusea												
25	Problemas de Presión arterial												
26	Amenaza de aborto												
27	Amenaza de parto Prematuro												
28	Se le hinchaban las Piernas												
29	Otro ¿cuál?												
30													
¿Le dieron algún tipo de medicamento por alguno de estos síntomas													
		1) si 2) no		¿Cuáles medicamentos le dieron para?									
32	Fiebre												
33	Vómito												
34	Náusea												
35	Problemas de Presión arterial												
36	Amenaza de aborto												
37	Amenaza de parto Prematuro												
38	Se le hinchaban las Piernas												
39	Otro ¿cuál?												
40													
41 ¿Dos años antes del embarazo se aplicó algún tipo de vacunas?		1) si 2) no											
		Bimestres antes del embarazo en que se aplico											
		2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
42	BCG (tuberculosis) Intramuscular												
43	Rubéola Subcutánea												
44	Tétanos Intramuscular												
45	Influenza Intramuscular												
46	Parotiditis												
47	Otra												
48 ¿Durante el embarazo se aplicó alguna vacuna?		1) si 2) no											
		Meses del embarazo											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
49	BCG (tuberculosis) Intramuscular												
50	Rubéola Subcutánea												
51	Tétanos Intramuscular												
52	Influenza Intramuscular												
53	Parotiditis												
54	Otra												
55 ¿Durante el embarazo tomó sulfato ferroso (hierro)?		1) si 2) no											
		meses del embarazo											
por qué vía		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
56	Oral												
57	Intramuscular												
58 ¿Durante el embarazo tomó algún tipo de vitamina?		1) si 2) no											
59 ¿En qué mes y durante cuánto tiempo?													
		Nombre de vitamina			Periodo de embarazo			Total de meses					

E

C	CUESTIONARIO DEL PADRE			
C1	ANTECEDENTES PERSONALES			
01	Edad	Años	Meses	
02	Fecha de nacimiento	día	mes	año
03	Lugar de nacimiento	Estado		
04	¿En dónde nacieron sus padres?	Lugar del padre	Lugar de la madre	
05	¿En dónde nacieron sus abuelos?	Abuelo paterno	Abuela paterna	Abuelo materno
06	¿Qué edad tenía cuando su esposa se embarazó de (nombre del niño índice) ?			años
07	¿Qué peso tenía usted al momento quedó embarazada de (nombre del niño)?			Kg
08	¿Hasta qué grado estudió? <i>En el caso de nivel técnico preguntar si fue después de la primaria, secundaria, o bachillerato Si es profesional o posgrado preguntar cuántos años para cada caso</i>			
	Analfabeta		Cuantos años de carrera(s) técnica(s)	
	Sabe leer y escribir		Cuantos años de Bachillerato	
	Cuantos años de Primaria		Cuantos años de carrera(s) técnica(s)	
	Cuantos años de carrera(s) técnica(s)		Cuantos años de Profesional	
	Cuantos años de Secundaria		Cuantos años de Posgrado	
	Total de años de estudio			
09	Escolaridad de la padre			
10	Ocupación actual de la padre			

C2	EXPOSICIÓN AL TABACO			
C2.1	TABAQUISMO DEL PADRE			
01	¿Usted ha fumado alguna vez? 1) si 2) no			si 03
02	¿Nunca ha fumado? 1) si ha fumado 2) no ha fumado			no C2.5
03	¿A qué edad empezó a fumar? <i>en años</i>			años
04	¿Al empezar a fumar cuántos cigarrillos fumaba en promedio por?	día	semana	mes
C2.2	TABAQUISMO ACTIVO DEL PADRE ANTES DEL EMBARAZO			
01	Durante el año previo al embarazo de su hijo usted fumó 1) si 2) no			no C2.3
	<i>elegir una sola opción</i>			
	Meses del año previo al embarazo (marque X)			
	1.	2.	3.	4.
	5.	6.	7.	8.
	9.	10.	11.	12.
02	¿Durante qué meses fumó?			
03	¿Cuántos cigarrillos fumaba? <i>Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada mes</i>			
04	Al día			
05	A la semana			
06	Al mes			
C2.3	TABAQUISMO ACTIVO DEL PADRE DURANTE EL EMBARAZO			
01	¿Durante el embarazo del niño(a) usted fumó? 1) si 2) no			no c2.4
	<i>elegir una sola opción</i>			
	Meses del embarazo marque (X)			
	1.	2.	3.	4.
	5.	6.	7.	8.
	9.			
02	¿Durante qué meses del embarazo fumó?			
03	¿Cuántos cigarrillos fumaba? <i>Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada mes</i>			
04	Al día			
05	A la semana			
06	Al mes			
C2.4	TABAQUISMO ACTIVO DEL PADRE DESPUÉS DEL NACIMIENTO			
01	¿Después del nacimiento de su hijo usted fumó? 1) si 2) no			no 07
	<i>elegir una sola opción</i>			
	Años de vida del niño (Marque con X)			
	1	2	3	4
	5	6	7	8
	9	10	11	12
	13	14	15	
02	¿Qué años fumó?			
03	¿Cuántos cigarrillos fumaba? <i>Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada año</i>			
04	Al día			
05	A la semana			
06	Al mes			
07	¿Actualmente Usted fuma? 1) si 2) no			no c09
08	¿Cuántos cigarrillos fuma actualmente por?	día	semana	mes
09	¿A qué edad dejó de fumar?			C2.5

C2.5 TABAQUISMO PASIVO DEL PADRE ANTES DEL EMBARAZO					
01	El año previo al embarazo de su hijo ¿algunas personas con quien usted estuvo en contacto al menos 3 días por semana, fumaba? <i>1) si 2) no</i>			no c2.6	
02	¿Cuántas son?				
De cada una de las personas con quien estuvo en contacto me puede describir sí <i>(De las siguientes preguntas contéstelas en el cuadro de abajo para cada persona)</i>					
	03 ¿La persona es su familiar? <i>1)si 2)no</i>	04 ¿Qué parentesco tiene con usted?	05 ¿Ha estado en contacto con el humo del tabaco de alguna de estas personas <i>1) si 2) no</i>	06 Cuando usted estaba con esa persona ¿cuántos cigarrillos más o menos o aproximadamente fumaba frente a usted?	07 ¿Durante cuántos años ha estado en contacto con esa persona?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
C2.6 TABAQUISMO PASIVO DEL PADRE DURANTE EL EMBARAZO					
01	El año previo al embarazo de su hijo ¿algunas personas con quien usted estuvo en contacto al menos 3 días por semana, fumaba? <i>1) si 2) no</i>			no c2.6	
02	¿Cuántas son?				
De cada una de las personas con quien estuvo en contacto me puede describir sí <i>(De las siguientes preguntas contéstelas en el cuadro de abajo para cada persona)</i>					
	03 ¿La persona es su familiar? <i>1)si 2)no</i>	04 ¿Qué parentesco tiene con usted?	05 ¿Ha estado en contacto con el humo del tabaco de alguna de estas personas <i>1)si 2)no</i>	06 Cuando usted estaba con esa persona ¿cuántos cigarrillos más o menos o aproximadamente fumaba frente a usted?	07 ¿Durante cuántos años ha estado en contacto con esa persona?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
C2.7 TABAQUISMO PASIVO DEL PADRE DESPUES DEL EMBARAZO					
01	El año previo al embarazo de su hijo ¿algunas personas con quien usted estuvo en contacto al menos 3 días por semana, fumaba? <i>1) si 2) no</i>			no c2.6	
02	¿Cuántas son?				
De cada una de las personas con quien estuvo en contacto me puede describir sí <i>(De las siguientes preguntas contéstelas en el cuadro de abajo para cada persona)</i>					
	03 ¿La persona es su familiar? <i>1)si 2)no</i>	04 ¿Qué parentesco tiene con usted?	05 ¿Ha estado en contacto con el humo del tabaco de alguna de estas personas <i>1)si 2)no</i>	06 Cuando usted estaba con esa persona ¿cuántos cigarrillos más o menos o aproximadamente fumaba frente a usted?	07 ¿Durante cuántos años ha estado en contacto con esa persona?
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

C3	ALCOHOLISMO														
C3.1	ALCOHOLISMO DEL PADRE 1 AÑO ANTES DEL EMBARAZO														
01	¿Alguna vez ha tomado bebidas alcohólicas? 1) si 2) no												si 04		
02	¿Nunca ha tomado bebidas alcohólicas? 1) si 2) no												no C4		
03	¿Desde qué edad empezó a tomar bebidas alcohólicas? (años)														
04	El año previo al embarazo de su hijo ¿con qué frecuencia tomaba?														
	Tipo de bebida	Veces al día				Veces a la semana				Veces mes			Veces al año		
		1	2-3	4-5	6 >	1	2-4	5-6	7	1-2	3-4	1-4	5-8	9-11	
	1 Vaso Cerveza														
	1 vaso de Sidra														
	1 Vaso de vino de mesa														
	Bebida prep. Ron														
	Bebida prep. Brandy														
	Bebida prep. Whisky														
	Bebida prep. Vodka														
	Bebida prep. Cognac														
	1 vaso de Pulque														
	1 copa de Tequila														
	Otra														
05	¿Actualmente usted toma? 1) si 2) no												si C4		
06	¿A qué edad tomó por última ocasión?												años		

C4	ADICCIONES														
C4.1	ADICCIONES DEL PADRE														
01	¿Alguna vez ha consumido drogas? 1) si 2) no												si 03		
02	¿Nunca se ha drogado? 1) si 2) no												no C5		
03	¿A qué edad empezó a consumir drogas? (años)														
C4.2	ADICCIONES DEL PADRE ANTES DEL EMBARAZO														
01	¿El año previo al embarazo de su hijo usted consumió drogas? 1) si 2) no												no C4.3		
02	¿Qué tipo de droga consumía y con qué frecuencia?														
	Tipo de droga	Veces al día				Veces a la semana				Veces mes			Veces al año		
		1	2-3	4-5	6 o >	1	2-4	5-6	7	1-2	3-4	1-4	5-8	9-11	
	Marihuana														
	Cemento														
	Thinner														
	Cocaína														
	Heroína														
	Otro ¿cuál?														
C4.3	ADICCIONES DEL PADRE DURANTE EL EMBARAZO														
01	¿El año previo al embarazo de su hijo usted consumió drogas? 1) si 2) no												no C4.4		
02	¿Qué tipo de droga consumía y con qué frecuencia?														
	Tipo de droga	Meses del Embarazo (anotar el número de veces por mes)													
		1	2	3	4	5	6	7	8	9					
	Marihuana														
	Cemento														
	Thinner														
	Cocaína														
	Heroína														
	Otro ¿cuál?														

C4.3 ADICCIONES DEL PADRE DESPUES DEL NACIMIENTO																
01	¿El año previo al embarazo de su hijo usted consumió drogas? 1) si 2) no													no C4.3		
02	¿Qué tipo de droga consumía y con qué frecuencia?															
	Tipo de droga	Años de vida del niño (favor de anotar promedio de veces por mes en cada año)														
		0-1	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8	8-9	9-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15
	Marihuana															
	Cemento															
	Thinner															
	Cocaína															
	Heroína															
	Otro ¿cuál?															
C4.5	¿Actualmente usted consume drogas? 1) si 2) no													si C5		
01	¿A qué edad la consumió por última ocasión?													años		
C5.2 CONSUMO DE MEDICAMENTOS POR EL PADRE UN AÑO ANTES DEL EMBARAZO																
01	¿Durante el embarazo enfermó de gripas o catarros?				veces		¿Qué medicamentos tomó para la gripa?									
02	¿Durante el embarazo enfermó del estómago?				veces		¿Qué medicamentos tomó para el estómago?									
03	¿Durante el embarazo enfermó de anginas?				veces		¿Qué medicamentos tomó para las anginas?									
04	Durante el embarazo de su hijo, ¿Se enfermó o padeció alguna infección o alergia? 1)si 2)no															
05	¿De qué se enfermó?															
06	¿En qué tiempo se enfermó?															
	Meses del embarazo															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9						
06	El año previo al embarazo de su hijo (nombre del niño) ¿usted tomó Viagra? 1)Sí 2)No															
07	El año previo al embarazo de su hijo ¿tomó usted alguno o varios de los siguientes medicamentos? (Favor de indicar si tomó el mismo medicamento en varias ocasiones en qué mes o meses y cuál fue la indicación) a)cloranfenicol, b)fenilbutazona, c)azatriopina (inmuran), d)metronidazol, e)hierro, f)vitaminas (cual), g)antiepilépticos (cual), h)antineoplásicos (cual), i)otro (cual) j)viagra, k)ninguno															
	Medicamento		Indicación por el cual lo tomó		Meses del año previo al embarazo											
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
D6	ESTUDIOS REALIZADOS															
D6.1	ESTUDIOS REALIZADOS AL PADRE UN AÑO ANTES DEL EMBARAZO															
	El año previo al embarazo de su hijo ¿le realizaron a usted alguno de los siguientes estudios? (Por favor si fue la toma en distintas ocasiones para un mismo estudio mencione para cada ocasión el mes, numero de placas, motivo y lugar del cuerpo en dónde se lo tomaron) a) Radiografías, b)Ultrasonidos, c)Tomografías, d)Resonancia magnética, e) radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste f) ninguno															
	Tipo de estudio	Mes de toma											Placas ó USG	Motivo por el cual se realizó	Sitio del cuerpo	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				12

Cuestionario del estudio SETIL

STUDIO MULTICENTRICO ITALIANO “SETIL”
SULL’AMBIENTE E SULLE MALATTIE DEL BAMBINO

QUESTIONARIO

Sommario generale

Sez. 1 - Informazioni introduttive

Sez. 2 - Storia ostetrica, gravidanza e periodo perinatale

Sez. 3 - Madre

Sez. 4 - Bambino

Sez. 5 – Padre

Sez. 6 – Elenco abitazioni madre e bambino

Schede Abitazioni

Schede Occupazioni

Allegati elenchi e set di fotografie da mostrare all’intervistato in occasione di alcune domande.

Somministrare il questionario ai genitori (naturali od adottivi, componenti l’attuale nucleo familiare) **avendo cura di annotare quali sono le informazioni dirette e quelle riferite**. L’eventuale intervista ai genitori naturali sarà valutata successivamente e caso per caso.

1.2 – Sezione da compilare se non sono intervistati i genitori**Dati della persona intervistata, se non e' uno dei genitori :**

- 1.Cognome 2.Nome..... 3. Data di nascita/...../..... 4.Sesso M F
- 5.Relazione di parentela con il bambino
- 6.Se non è un parente, accudisce il bambino o lo ha fatto in passato? SÌ NO

1.2.3 d.nasc. |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

1.2.4 sesso 1.2.5 parentela 1.2.6 accudisce? **1.3 – Sezione da compilare solo se i genitori sono separati o il bambino è adottato od orfano o figlio di uno solo dei due genitori****Ci dica per favore anche i seguenti dati:**

1. Se i genitori biologici del bambino sono separati: in quale anno è avvenuta la separazione? |_|_|_|_|.
2. Se il bambino è adottato: in quale anno ha iniziato a vivere in questa famiglia? |_|_|_|_|.

1.3.1 a. separaz. |_|_|_|_|

1.3.2 a adozione |_|_|_|_|

3. Chi è il padre naturale del bambino?

Cognome Nome.....

Data di nascita/...../..... Luogo di nascita prov.....

Indirizzo attuale (via e n., città, cap) Numero di telefono

se deceduto: data della morte/...../..... causa della morte

4. Chi è la madre naturale del bambino?

Cognome Nome.....

Data di nascita...../...../..... Luogo di nascita prov.....

Indirizzo attuale (via e n., città, cap) Numero di telefono

se deceduta: data della morte/...../..... causa della morte

2.1 - STORIA OSTETRICA DELLA MADRE

Le farò ora alcune domande sulle gravidanze che ha avuto.

1. A quanti anni compiuti ha iniziato la prima gravidanza? |__|__| (indicare la prima in assoluto, anche se non a termine)

2. Quanti figli ha avuto (conti solo le gravidanze portate a termine)? |__|

3. Ha avuto gravidanze che non sono giunte a termine a causa di aborto spontaneo o terapeutico? Sì |__| No |__|

Se Sì, 3.1 mi dica quante interruzioni in totale. |__|__|

1: |__|

2: |__|

3: |__|

3.1 |__|

2.3 -ECOGRAFIE, RADIOGRAFIE ED ALTRI ESAMI STRUMENTALI IN GRAVIDANZA

1. E' stata sottoposta ad ecografie durante la gravidanza del bambino? N. tot. |__|__| No |__| Non So |__|

1.1 Numero di ecografie in ciascun trimestre: 1° |__| 2° |__| 3° |__|

2. Durante la gravidanza è stata sottoposta a radiografie (comprese le radiografie ai denti) o esami di medicina nucleare (ad es. scintigrafie)? Sì |__| No |__| Non So |__|

1. |__|

1.1 |__| |__| |__|

2. |__|

Mostrare Elenco N.2.1

Se Sì:

Motivo	Parte del corpo (a)	Tipo di esame (b)	Mese di gravidan.	Sapeva , al momento dell'esame, di essere in gravidanza?	Dove sono state effettuate? (c)	L'addome è stato protetto contro i raggi X?
1				Sì __ No __ Non So __		Sì __ No __ Non So __
2				Sì __ No __ Non So __		Sì __ No __ Non So __
3				Sì __ No __ Non So __		Sì __ No __ Non So __

2.1 motivo: |__|__|__| parte |__|

esame |__| mese: |__| sapeva: |__|

dove: |__| protezione: |__|

2.2 motivo: |__|__|__| parte |__|

esame |__| mese: |__| sapeva: |__|

dove: |__| protezione: |__|

2.3 motivo: |__|__|__| parte |__|

esame |__| mese: |__| sapeva: |__|

dove: |__| protezione: |__|

(a) se sono state interessate più parti del corpo indicalle su più righe separatamente. **Includere le radiografie ai denti.**

(b) Radiografia semplice=1; Radiografia con mezzo di contrasto=2; Radiografia panoramica dentaria=3; radiografia di uno (o pochi) denti=4; Schermografie=5; Radioscopia=6; TAC (tomografia computerizzata)=7; Scintigrafia=8; Altro=9 (specificare).

(c) Indicare ospedale e reparto (o servizio) o nome dello studio medico

2. Ha mai sofferto di **Epatite virale da siero** (Epatite B, Epatite C)? Sì | | | No | | | Non So | | |

Se Sì:

2.1 quale?

2.2 anno della diagnosi:..| | | | |..

3. Prima o durante la gravidanza è risultata **positiva ai test per i marcatori di Epatite virale da siero?** (Epatite B, Epatite C)

Sì | | | No | | | Non So | | |

Se Sì:

3.1 quale?

3.2 anno della diagnosi:..| | | | |..

4. **Se Sì** ad una delle due domande precedenti: La positività è stata trasmessa al bambino? Sì | | | No | | | Non So | | |

5. E' stata **sottoposta a vaccinazioni durante la gravidanza?** Sì | | | No | | | Non So | | |

Specificare quali:

5.1.....

5.2.....

2. epatite | | |

2.1 tipo: | | |

2.2 anno: | | | | | |

3. tività | | |

3.1 tipo: | | |

3.2 anno: | | | | | |

4. rasmessa? | | |

5. | | |

5.1 | | | |

5.2 | | | |

2.7 FUMO DI TABACCO: ABITUDINE ED ESPOSIZIONE PASSIVA**1) FUMO (attivo)**

1.1 Fuma o ha mai fumato abitualmente? (almeno 1 volta al giorno per almeno 6 mesi) Sì [] No [] Non So []
Se No, andare al punto 2) "Fumo passivo"

1.1 []

1.2 Se Sì in quale anno ha iniziato? [] [] [] [] [] []

1.2 [] [] [] []

1.3 Fuma tuttora? Sì [] No [] Non So [] (se ha smesso e ricominciato più volte riferire le risposte alla situazione attuale)

1.3 []

1.4 Se ha smesso di fumare, in quale anno ha smesso? [] [] [] [] [] []

1.4 [] [] [] []

1.5 Fumava **durante la gravidanza** del bambino? Sì [] No [] Non So []

1.5 []

Se SÌ: precisare -1.5.1 1° trimestre Sì [] No [] sig./die ..[] [] [] []

1.5.1 [] [] [] []

-1.5.2 2° trimestre Sì [] No [] sig./die ..[] [] [] []

1.5.2 [] [] [] []

-1.5.3 3° trimestre Sì [] No [] sig./die ..[] [] [] []

1.5.3 [] [] [] []

2) FUMO (passivo)

2.1 **Durante la gravidanza** è stata esposta con regolarità (almeno un'ora al giorno) al fumo delle sigarette di altre persone?

Sì [] No [] Non So []

2.1 []

Se SÌ, 2.1.1) dove a) a casa [] b) al lavoro [] c) altri luoghi []

2.1.1 []

2.1.2) Mediamente quante ore al giorno trascorrevano in ambienti con persone che fumavano?

Nei giorni della settimana [] [] [] [] [] [] [] [] Nel fine settimana [] [] [] []

2.1.2 [] [] [] []

2.8 USO DI TINTURE PER CAPELLI

1. **Durante la gravidanza** del bambino ha usato tinture per capelli o effettuato acconciature “permanenti”?

Sì [] No [] Non So []

Se SÌ, può dirci quante e di che tipo in ciascun trimestre?

Se venivano effettuate contemporaneamente diversi trattamenti (es acconciatura permanente e tintura), debbono essere riportati entrambi

		Tinture permanenti (resistenti al lavaggio)		Meches o colpi di sole		Tinture non permanenti (tendono a sparire dopo alcuni lavaggi)		Hennè	Acconciature permanenti
		Numero	Colore	Numero	Colore	Colore	Numero	Numero	Numero
1	1° trimestre								
1	2° trimestre								
1	3° trimestre								
1	Si ma non so il periodo								

1. []

1.1: []/[] []/[] []/[] [] []

1.2: []/[] []/[] []/[] [] []

1.3: []/[] []/[] []/[] [] []

1.4: []/[] []/[] []/[] [] []

2. Usava con regolarità altri apparecchi elettrici collocati a meno di un m dalla persona? Quali?

Tipo di apparecchio	1° trimestre		2° trimestre		3° trimestre	
	gg/ settimana	h/giorno (*)	gg/ settimana	h/giorno (*)	gg/ settimana	h/giorno (*)
2.1.						
2.2						
3.3.						
2.4.						
2.5.						

2.1. |___|___| |___|/___| |___|/___| |___|/___|

2.2. |___|___| |___|/___| |___|/___| |___|/___|

2.3. |___|___| |___|/___| |___|/___| |___|/___|

2.4. |___|___| |___|/___| |___|/___| |___|/___|

2.5. |___|___| |___|/___| |___|/___| |___|/___|

(*) si intende solo nei giorni di utilizzo. Per tempi inferiori all'ora precisare che si tratta di minuti nella casella corrispondente (Es 10 m)

3.1 Per quante ore al giorno mediamente guardava la televisione?
 meno di 1 |___| 1-2 |___| 2-4 |___| 4-6 |___| 6-8 |___|

3.1 |___|

3.2 A che distanza guardava normalmente la televisione? (in metri e centimetri) m,cm |___|,|___|

3.2 m,cm: |___|,|___|

3.2.1 Se non è in grado di riportarlo con precisione indichi se:
 A più di 1,5 m di distanza |___| A meno di 1,5 m di distanza |___|

3.2.1 |___|

Le farò adesso alcune domande sugli studi che ha svolto e sulla sua attività lavorativa...

N.id. |_|_|_| / |_|_|_|_|_||--

3.1 SCOLARITA'

1. Quale titolo di studio ha conseguito?

- a) nessuno
- b) 5a elementare
- c) 3a media o corsi avv. prof.
- d) diploma scuola professionale
- e) diploma di scuola superiore
- f) diploma universitario
- g) laurea
- h) altro (specificare.....)

1: |_|

3.2 STORIA PROFESSIONALE

1. Esercita adesso un'attività lavorativa (inclusi lavori stagionali, part-time, a domicilio)? Sì [] No [] Non So []

1.1 **Se No** in quale delle seguenti condizioni si trova attualmente?

-casalinga [] -pensionata [] -disoccupata [] -cassa integrazione [] -altro [] (spec.....)

2. Potrebbe elencarmi i lavori anche saltuari o a domicilio che ha svolto, iniziando dal primo? Consideri i lavori durati **almeno 3 mesi** (anche non continuativi).. Mi dica, per ciascun lavoro, qual era la sua mansione e se si trattava di lavoro a tempo pieno, part time, saltuario o stagionale. Mi dica anche il nome e l'indirizzo dell'azienda e quale attività svolgeva l'azienda. Se qualche lavoro è stato svolto **in gravidanza** me lo riferisca comunque, **anche se è durato pochi giorni**

N.	Anno inizio	Anno fine	Mansione e descrizione del lavoro	tipo lavoro (*)	Nome e indirizzo dell'azienda	Attività dell'azienda	Gravidanza
1							Sì [] No []
2							Sì [] No []
3							Sì [] No []

(*) Sigle da utilizzare Lavoro a tempo pieno: **TP**; part-time: **PaT** stagionale: **Stag**; saltuario: **Salt**

Se vi sono stati altri lavori, continuare in un'altra pagina.

Compilare le **schede specifiche** per le attività svolte **dall'anno precedente il concepimento del bambino ad oggi** se:

- svolte in gravidanza o allattamento di qualsiasi durata e tipo
- sono durati almeno 6 mesi fuori da gravidanza o allattamento

1. []

1.1 []

2.1 da: [] a: []

mans: [] tipo: []

attiv [] grav: []

2.2 da: [] a: []

mans: [] tipo: []

attiv [] grav: []

2.3 da: [] a: []

mans: [] tipo: []

attiv [] grav: []

3.3 DETTAGLI SUI CAMBI DI LAVORO IN GRAVIDANZA

Al termine delle schede specifiche per occupazione continuare con le seguenti domande...

1 **Se durante la gravidanza e l'allattamento non ha mai lavorato (chiedere conferma)** segnare qui |__| e passare alla sezione 3.4 (esposizione lavorativa a radiazioni)

1. mai lav: |__|

Se ha lavorato:

2. Durante la gravidanza e l'allattamento ha svolto sempre lo stesso lavoro e le stesse mansioni che svolgeva prima di restare incinta?
Sì |__| No |__| Non So |__|

2. |__|

Se No 2.1 Quando ha cambiato? (indicare il mese di gravidanza) |__|

2.1 mese: |__|

2.2 Quale lavoro ha svolto dopo il cambio di mansione?.....

2.2 mans: |__|__|__|

Controllare che il lavoro svolto dopo il cambio di mansione sia indicato in tabella e compilare la scheda specifica

3. Ha usufruito dell'astensione anticipata dal lavoro? (maternità anticipata) Sì |__| No |__| Non So |__|

3. |__|

L'astensione obbligatoria dal lavoro per legge decorre dal settimo mese.

Si intende per "astensione anticipata dal lavoro" quando l'astensione inizia prima del settimo mese.

Se Sì 3.1 astensione dal |__|/|__|/|__| al |__|/|__|/|__| (date precise, se note, altrimenti mese ed anno)

3.1 dal: |__|/|__|/|__|__|

3.2 perchè? a) complicanze della gestazione |__|

al: |__|/|__|/|__|__|

b) preesistenti casi morbosi (cfr. sez.2) |__|

c) rischio lavorativo e impossibilità ad essere spostata ad altra mansione |__|

d) altro (precisare.....) |__|

3.2 motivo: |__|

4. Fino a quando ha lavorato durante la gravidanza? (indicare il mese di gravidanza) |__| se ha sempre lavorato scrivere 9

4. mese fine lav: |__|

5. Quando è tornata al lavoro (alle mansioni) che svolgeva prima di restare incinta? gg,mm,aa |__|__|__|

5. rientro: |__|/|__|/|__|__|

3.4 OCCUPAZIONI CON ESPOSIZIONE A RADIAZIONI

Al termine delle schede specifiche per occupazione continuare con le seguenti domande...
--

1. Ha mai lavorato in occupazioni con esposizione a radiazioni o materiali radioattivi? Ha mai portato una piastrina per il controllo della esposizione a raggi? Sì |__| No |__| Non So |__|

1. **Se Sì**

2. Di quale lavoro si trattava? (controllare la lista 3.2 e le schede specifiche, aggiungere qui o sulla scheda eventuali dettagli sulla mansione)

.....

2. mans: |__|__|__|

3. In quale periodo ha svolto mansioni con esposizione a radiazioni? Dal (mese e anno) |__|_|__| Al |__|_|__|

3. da: |__|_|/|__|__|__|
 a: |__|_|/|__|__|__|

4. E' mai stata allontanata dal lavoro perché esposta ad una dose eccessiva di radiazioni? Sì |__| No |__| Non So |__|

4.

4. Se sì, può indicare:

5.1 in quale data è stata allontanata? (mese e anno) |__|_|__|

5.1 data: |__|_| / |__|__|__|

5.2 quale dose aveva ricevuto? dose |_____|

.....

5.2 dose: |__|_|,|__|_|

4) Quanti nipoti (cugini di primo grado del bambino) ha? N. maschi |____| N. femmine |____|
 (segnare nella casella il numero, se non ha nipoti scrivere 0)

4. nip. m: |__| nip. f: |__|

4.1 Se SI, qualcuno tra i suoi nipoti soffre o ha sofferto di un tumore o leucemia? Sì |__| No |__| Non So |__|

4.1 |__|

4.2 (I°) Nipote Maschio |____| Femmina |____|

4.2 |__|

Specificare: 4.2.1 - tipo/sede

4.2.1 |____|

4.2.2 - età alla diagnosi |____|

4.2.2 |__|

4.3 (II°) Nipote Maschio |____| Femmina |____|

4.3 |__|

Specificare: 4.3.1 - tipo/sede

4.3.1 |____|

4.3.2 - età alla diagnosi |____|

4.3.2 |__|

4.4 (III°) Nipote Maschio |____| Femmina |____|

4.4 |__|

Specificare: 4.4.1 - tipo/sede

4.4.1 |____|

4.4.2 - età alla diagnosi |____|

4.4.2 |__|

SEZIONE 4

BAMBINO**sommario della sezione**

§ 4.1 ALLATTAMENTO DEL BAMBINO.....	
§ 4.3 VACCINAZIONI.....	
§ 4.4 MALATTIE INFETTIVE E GENERALI.....	
§ 4.5 RADIOGRAFIE.....	
§ 4.6 STORIA SCOLASTICA.....	
§ 4.7 GIORNATA TIPO	
§ 4.8 ALTRE ATTIVITA'	
§ 4.9 APPARECCHI ELETTRICI	
§ 4.10 ESPOSIZIONE PASSIVA A FUMO DI TABACCO.....	
§ 4.11 MALATTIE DEI FRATELLI O SORELLE.....	

Hanno partecipato a questa sezione dell'intervista:

- Madre intervista personale telefonica
- Padre intervista personale telefonica
- Altri precisare: _____ intervista personale telefonica

m: pers./tel.: p: pers./tel.: a: pers./tel.:

Attenzione, salvo diverse indicazioni l'età del bambino deve essere riportata in anni compiuti per i bambini che al momento cui si riferiscono le domande avevano oltre un anno ed in mesi per i bambini che al momento erano sotto l'anno.

4.1 ALIMENTAZIONE DEL BAMBINO

Annotare il tipo e la durata dell'allattamento

1. Come è stato allattato il bambino?

1.1 al seno _ _	1.2 misto _ _	1.3 Artificiale _ _	non so _ _
dal mese _ _	dal mese _ _	dal mese _ _	
fino al mese _ _	fino al mese _ _	fino al mese _ _	

2. Ha mai usato il succhiotto? Sì |_|_| No |_|_| Non So |_|_|

se Sì: 2.1 Fino a quale età (in mesi) il bambino ha usato il succhiotto? |_|_|

2.2 Usava un succhiotto di gomma |_|_| o di silicone |_|_| ?

3. Quando il bambino era piccolo usavate un apparecchio per sentire a distanza se il bambino piangeva? (ad esempio Babyphone od analogo apparecchio)? Sì |_|_| No |_|_| Non So |_|_|

Se Sì: 3.1 da quale età |_|_| fino a quale età |_|_| (Indicare nelle caselle l'età in mesi)

1.1 seno: |_| da: |_|_| a: |_|_|

1.2 misto: |_| da: |_|_| a: |_|_|

1.3 artif: |_| da: |_|_| a: |_|_|

2. succh: |_|

2.1 fino a: |_|_|

2.2 gomma/silic: |_|_|

3 babyphone: |_|

3.1 da: |_|_| a: |_|_|

Mostrare ELENCO N. 4.42.1 Nel **primo anno di vita**, il bambino ha sofferto di una delle seguenti malattie?:

	Sì	No	Non So	Se Sì, quanti episodi?	La diagnosi è stata fatta da un medico?
1. Malattie febbrili delle prime vie aeree (raffreddori, angine, sinusiti, otiti,...)					Sì [] No [] Non So []
2. Bronchite					Sì [] No [] Non So []
3. Polmonite					Sì [] No [] Non So []
4. Infezione delle vie urinarie					Sì [] No [] Non So []
5. Episodi febbrili di origine ignota					Sì [] No [] Non So []

2.1.1 [] [] [] []

2.1.2 [] [] [] []

2.1.3 [] [] [] []

2.1.4 [] [] [] []

2.1.5 [] [] [] []

2.2. Negli **anni successivi** il bambino ha sofferto di una delle seguenti malattie?:

	Sì	No	Non So	Se Sì, a quale età (ANNI compiuti) si è verificato il primo episodio?	Quanti episodi da allora?	La diagnosi è stata fatta da un medico?
Malattie febbrili delle prime vie aeree (raffreddori, angine, sinusiti, otiti,...)						Sì [] No [] Non So []
Bronchite						Sì [] No [] Non So []
Polmonite						Sì [] No [] Non So []
Infezione delle vie urinarie						Sì [] No [] Non So []
Episodi febbrili di origine ignota						Sì [] No [] Non So []

2.2.1 [] [] [] [] [] []

2.2.2 [] [] [] [] [] []

2.2.3 [] [] [] [] [] []

2.2.4 [] [] [] [] [] []

2.2.5 [] [] [] [] [] []

Mostrare ELENCO N. 4.5

3. Suo figlio è o è stato affetto da qualcuna delle seguenti malattie?

TIPO DI MALATTIA	Si	No	Non So	Età (a)	La diagnosi è stata fatta da un medico?	Se è' stato necessario il ricovero in ospedale, precisare quale e dove	
Malattie allergiche							
1. Asma bronchiale o bronchite asmatica				aa ____ mm ____	Si ____ No ____ Non So ____	Test allergologici Pos ____ Neg ____ non fatti ____	3.1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /____ <input type="checkbox"/>
2. Altre allergie precisare				aa ____ mm ____	Si ____ No ____ Non So ____	Test allergologici Pos ____ Neg ____ non fatti ____	3.2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /____ <input type="checkbox"/>
Malattie ematologiche							
3 Trait talassemico (microcitemia) o M. di Cooley (spec.....)				aa ____ mm ____			3.3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /____ <input type="checkbox"/>
Convulsioni							
4. Convulsioni febbrili				aa ____ mm ____	Si ____ No ____ Non So ____		3.4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /____ <input type="checkbox"/>
5. Epilessia				aa ____ mm ____	Si ____ No ____ Non So ____	Quale terapia?	3.5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /____ <input type="checkbox"/>
Altre							
6. Morbo celiaco				aa ____ mm ____			3.6 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /____ <input type="checkbox"/>
7. Neurofibromatosi multipla				aa ____ mm ____			3.7 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /____ <input type="checkbox"/>
8. Malformazioni congenite (mostrare alla madre l'elenco 4.5 bis)				aa ____ mm ____		specificare quale	3.8 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> /____ <input type="checkbox"/>

a) Riportare l'età in anni compiuti per i bambini che al momento avevano oltre un anno ed in mesi per i bambini sotto l'anno.

4.5 RADIOGRAFIE

1. **Escludendo l'ultimo anno**, il bambino è mai stato sottoposto a **radiografie** (comprese le radiografie ai denti) o **esami di medicina nucleare (scintigrafie)**? Sì No Non So

Mostrare ELENCO N. 4.6

Se Sì:

Motivo	Parte del corpo (a)	Tipo di esame (b)	Quale età aveva il bambino? (c)	Dove sono state effettuate? (d)	ha indossato protezioni contro i raggi X?
			aa _ mm _		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non So <input type="checkbox"/>
			aa _ mm _		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non So <input type="checkbox"/>
			aa _ mm _		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non So <input type="checkbox"/>
			aa _ mm _		Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non So <input type="checkbox"/>

- (a) se sono state interessate più parti del corpo indicare su più righe separatamente. **Includere le radiografie ai denti.**
 (b) Radiografia semplice=1; Radiografia con mezzo di contrasto=2; Radiografia panoramica dentaria=3; radiografia di uno (o pochi) denti=4; Schermografie=5; Radioscopia=6; TAC (tomografia computerizzata)=7; Scintigrafia=8; Altro=9 (specificare).
 (c) Riportare l'età in anni compiuti per i bambini che al momento avevano oltre un anno ed in mesi per i bambini sotto l'anno.
 (d) Indicare ospedale e reparto (o servizio) o nome dello studio medico

2. **Escludendo l'ultimo anno**, il bambino ha subito interventi con l'inserzione di cateteri venoso o arteriosi o altri interventi sotto controllo radioscopico? (anche in "Day Hospital") Sì No Non So

- Se Sì:** 2.1 per quale malattia:.....
 2.2 A quale età aa|_| mm|_|
 2.3 In quale ospedale

3. **Escludendo l'ultimo anno**, il bambino ha subito trattamenti con l'uso di radiazioni? Sì No Non So

- Se Sì:** 3.1 per quale malattia:.....
 3.2 A quale età aa|_| mm|_|
 3.3 in quale ospedale

1.1 icd: |_|_|_| parte: |_|_|
 tipo: |_| età: |_|_|, |_|_| prot: |_|

1.2 icd: |_|_|_| parte: |_|_|
 tipo: |_| età: |_|_|, |_|_| prot: |_|

1.3 icd: |_|_|_| parte: |_|_|
 tipo: |_| età: |_|_|, |_|_| prot: |_|

1.4 icd: |_|_|_| parte: |_|_|
 tipo: |_| età: |_|_|, |_|_| prot: |_|

2. |_|
 2.1 icd: |_|_|_|
 2.2 età |_|_|/|_|_|

3 |_|
 3.1 icd: |_|_|_|
 3.2 età |_|_|/|_|_|

4.6 STORIA SCOLASTICA

1. Il bambino va (o è andato) a scuola o all'asilo? Sì No

Se Sì:

2 a che età ha iniziato a frequentare la scuola (compreso l'asilo nido)? (anni, mesi) ,

3 quali scuole (edifici scolastici) ha frequentato? Parta dalla prima scuola (edificio) fino a quella frequentata tuttora

	periodo		Nome e indirizzo della scuola (via, num. e comune)	Tipo di scuola (a)	Tipo di edificio della scuola (b)	N. Sezioni	N° Bambini nella classe	Mezzo utilizzato per raggiungere la scuola e tempo impiegato		Tempo di permanenza a scuola (c)
	da anno	a anno						mezzo	Minuti	
1										
2										
3										
4										
5										

(a) asilo nido = 1; scuola materna=2; Scuola elementare =3; altro(specif.!)=4.

(b) Precisare se la classe era in un edificio ad uso esclusivo scolastico o in un edificio adibito anche ad altro (es. condominio, ufficio,...)

Indicare: edificio ad esclusivo uso scolastico=1 edificio ad uso misto=2

(c) solo mattina=1 Moduli o rientri=2 tempo pieno = 3

N.id. /

1. scuola:

2. età: /

3.1 da: a:

comun:

scuola/edif. / n. sez/bamb /

mezzo/min: / t. perm:

3.2 da: a:

comun:

scuola/edif. / n. sez/bamb /

mezzo/min: / t. perm:

3.3 da: a:

comun:

scuola/edif. / n. sez/bamb /

mezzo/min: / t. perm:

3.4 da: a:

comun:

scuola/edif. / n. sez/bamb /

mezzo/min: / t. perm:

3.5 da: a:

comun:

scuola/edif. / n. sez/bamb /

mezzo/min: / t. perm:

edifici scolastici (segue)

periodo		Nome e indirizzo della scuola (via, num. e comune)	Tipo di scuola (a)	Tipo di edificio della scuola (b)	N. Sezioni	N° Bambini nella classe	Mezzo utilizzato per raggiungere la scuola e tempo impiegato		Tempo di permanenza a scuola (c)
da anno	a anno						mezzo	minuti	
6									
7									
8									
9									
10									

(a) asilo nido = 1; scuola materna=2; Scuola elementare =3; altro(specif.)=4.

(b) Precisare se la classe era in un edificio ad uso esclusivo scolastico o in un edificio adibito anche ad altro (es. condominio, ufficio,...)
Indicare: edificio ad esclusivo uso scolastico=1 edificio ad uso misto=2

(c) solo mattina=1 Moduli o rientri=2 tempo pieno = 3

3.6 da:[][][][] a:[][][][][]
comun:[][][][][][][]
scuola/edif. [][]/[][] n. sez/bamb [][]/[][][]
mezzo/min: [][]/[][][] t. perm: [][]

3.7 da:[][][][] a:[][][][][]
comun:[][][][][][][]
scuola/edif. [][]/[][] n. sez/bamb [][]/[][][]
mezzo/min: [][]/[][][] t. perm: [][]

3.8 da:[][][][] a:[][][][][]
comun:[][][][][][][]
scuola/edif. [][]/[][] n. sez/bamb [][]/[][][]
mezzo/min: [][]/[][][] t. perm: [][]

3.9 da:[][][][] a:[][][][][]
comun:[][][][][][][]
scuola/edif. [][]/[][] n. sez/bamb [][]/[][][]
mezzo/min: [][]/[][][] t. perm: [][]

3.10 da:[][][][] a:[][][][][]
comun:[][][][][][][]
scuola/edif. [][]/[][] n. sez/bamb [][]/[][][]
mezzo/min: [][]/[][][] t. perm: [][]

4.8 Altre attività

1. Suo figlio pratica o ha praticato attività sportive?

Sì No Non So

Se Sì, specificare:

Attività praticata	Da anno	a anno	Specificare se all'aperto, in piscina, in palestra	Ore/sett. (media annua)
1.1				
1.2				
1.3				

Se non già indicato chiedere nuovamente se sono state svolte le seguenti attività:

1) nuoto in piscina?

2) calcio od altre attività su campi erbosi?

Se Sì riportarlo nella tabella precedente

2. Suo figlio ha mai utilizzato shampoo o lozioni specifiche contro i pidocchi?

Sì No Non So

se Sì, 2.1 in quale anno?

3. Avete o avete avuto in casa animali con cui suo figlio gioca?

Sì No Non So

se Sì, 3.1 quali?

3.2 da anno ad anno

4. Il bambino, ha mai utilizzato (anche a scuola, da solo o insieme ad altri) prodotti chimici quali colle, vernici o solventi?

Sì No Non So

se Sì, 4.1 in quale attività:

4.2 il periodo in cui è stata svolta.....

N.id. / --

1.

1.1 attiv: da: a:
dove: ore:

1.2 attiv: da: a:
dove: ore:

1.3 attiv: da: a:
dove: ore:

2.

2.1

3.

3.1

3.2 da: a:

4.

4.1

4.2 da: a:

4.9 Apparecchi elettrici

1. Se ci riferiamo ai 12 mesi prima della [data di riferimento], il bambino usava i seguenti apparecchi elettrici o passava del tempo vicino ad essi quando erano accesi? Sì [] No [] Non So []

1. []

Raccogliere informazioni **solo** per gli apparecchi elettrici alimentati in rete e non per quelli a batteria

Mostrare ELENCO N. 4.7

tipo di apparecchio elettrico		tempo medio di uso in 'estate' e 'inverno' (ore/giorno)	l'uso è di solito intermittente o continuo?	Da che età A che età In ANNI compiuti
1. Strumenti musicali elettronici	Sì [] No [] Non So []	'inverno': meno di 1 [] 1-2 [] 2-4 [] 4-6 [] 6-8 [] 'estate': meno di 1 [] 1-2 [] 2-4 [] 4-6 [] 6-8 []	Intermitt. [] Continuo []	da: [] a: []
2. Videogame o computer (alimentati a rete)	Sì [] No [] Non So []	'inverno': meno di 1 [] 1-2 [] 2-4 [] 4-6 [] 6-8 [] 'estate': meno di 1 [] 1-2 [] 2-4 [] 4-6 [] 6-8 []	Intermitt. [] Continuo []	da: [] a: []
3. Pista elettrica o trenino alimentati in rete	Sì [] No [] Non So []	'inverno': meno di 1 [] 1-2 [] 2-4 [] 4-6 [] 6-8 [] 'estate': meno di 1 [] 1-2 [] 2-4 [] 4-6 [] 6-8 []	Intermitt. [] Continuo []	da: [] a: []
4. Altri giochi elettrici alimentati in rete	Sì [] No [] Non So []	'inverno': meno di 1 [] 1-2 [] 2-4 [] 4-6 [] 6-8 [] 'estate': meno di 1 [] 1-2 [] 2-4 [] 4-6 [] 6-8 []	Intermitt. [] Continuo []	da: [] a: []
Specif.				

1.1 [] inv/est: []/[] int-cont: []
da: [] a: []

1.2 [] inv/est: []/[] int-cont: []
da: [] a: []

1.3 [] inv/est: []/[] int-cont: []
da: [] a: []

1.4 [] inv/est: []/[] int-cont: []
da: [] a: []

2. Se usava videogames precisare se: Il gioco usava lo schermo della TV [] oppure aveva un proprio schermo []

2. []

3. Annotare qui [] e descrivere su un altro foglio eventuali variazioni importanti

3. []

4. Se ci riferiamo ai 12 mesi prima della [data di riferimento _____], quanto tempo trascorreva mediamente il bambino **in stanze con una televisione accesa?** (consideri anche il tempo in cui non la guardava, ed includa l'uso del videoregistratore).

4.1 In 'inverno':

4.1.1 giorni settimana: mai meno di 1 ora/g 1-2 h/g. 2-4 h/g.
4-6 h/g. 6-8 h/g. più di 8 non so 4.1.1

4.1.2 weekend mai meno di 1 ora/g 1-2 h/g. 2-4 h/g.
4-6 h/g. 6-8 h/g. più di 8 non so 4.1.2

4.2 In 'estate':

4.2.1 giorni settimana: mai meno di 1 ora/g 1-2 h/g. 2-4 h/g.
4-6 h/g. 6-8 h/g. più di 8 non so 4.2.1

4.2.2 weekend mai meno di 1 ora/g 1-2 h/g. 2-4 h/g.
4-6 h/g. 6-8 h/g. più di 8 non so 4.2.2

5 Se ci riferiamo ai 12 mesi prima della [data di riferim. _____],

5.1 A quale distanza si sedeva dalla TV? cm. |_____| 5.1
(l'interv. chiede in quale posizione si trovava abitualmente il bambino e misuri la distanza dal centro dello schermo in cm.)

5.2 Si avvicinava al televisore per cambiare canale o regolare il volume? Sì No Non So 5.2

5.3 Per cambiare canale usava il telecomando? Sì No Non So 5.3

6. Sempre riferendoci ai 12 mesi prima del [data di riferimento _____], il bambino usava i seguenti apparecchi elettrici?
Se NO, nessuno indicare qui |__|

6. |__|

Raccogliere informazioni **solo** per gli apparecchi elettrici alimentati in rete e non quelli a batteria

Mostrare ELENCO N. 4.8

tipo di apparecchio elettrico		tempo medio di uso
1. Asciugacapelli	Sì __ No __ Non So __	Quante volte alla settimana? __ __ Per quanto tempo in media ogni volta? __ __ min.
2. Spazzolino elettrico (alimentato in rete)	Sì __ No __ Non So __	Quante volte alla settimana? __ __ Per quanto tempo in media ogni volta? __ __ min.
3. Aerosol	Sì __ No __ Non So __	Quanti giorni all'anno (circa)? __ __
4. Umidificatore (nella camera da letto)	Sì __ No __ Non So __	Quanti giorni all'anno (circa)? __ __
5. Coperta elettrica o scaldaletto (solo se accesi mentre il bambino è a letto)	Sì __ No __ Non So __	E' accesa mentre il bambino è nel letto? Sì __ No __ Non So __ Se Sì specificare: Tutta la notte __ Parte della notte __ Quanti giorni all'anno viene usata __ __ (contare solo quando è accesa mentre il bambino è nel letto)
6. Radiosveglia od orologio elettrico sul comodino (solo se analogici ed alimentati in rete)	Sì __ No __ Non So __	Distanza dal letto in cm.
7. Altro, specificare:	Sì __ No __ Non So __	

6.1 |__| volte: |__| tempo: |__|

6.2 |__| volte: |__| tempo: |__|

6.3 |__| giorni: |__|

6.4 |__| giorni: |__|

6.5 |__| accesa: |__| tutta/parte: |__|
giorni/anno |__|

6.6 |__| dist: |__|__|

6.7 |__| tipo: |__|

4.10 ESPOSIZIONE PASSIVA A FUMO DI TABACCO DEL BAMBINO

1. Questa domanda è riferita a tutta la vita del bambino: "Accade o accadeva che qualcuno fumasse nella stessa stanza dove si trova il bambino"?

Sì |__| No |__| Non So |__|

1 |__|

Annotare le risposte mettendo una croce nella casella appropriata. Deve essere annotata una risposta per ogni anno dalla nascita ad ora, in modo da ricostruire l'esposizione per tutta la vita.

Se Sì, 1.1: può indicarmi in quali periodi e quanto?

1.1: 0 : |__|
 1 : |__|
 2 : |__|
 3 : |__|
 4 : |__|
 5 : |__|
 6 : |__|
 7 : |__|
 8 : |__|
 9 : |__|
 10: |__|

	Anni di età (anni compiuti)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No, mai												
Solo occasionalmente (meno di una sigaretta al giorno)												
Fino a 10 sigarette al giorno												
Più di 10 sigarette al giorno												

2. Qualcuno fuma o fumava in macchina quando c'è il bambino? Sì |__| No |__| Non So |__|

2. |__|

Se Sì, può indicarmi in quali periodi e quanto?

2.1 0 : |__|
 1 : |__|
 2 : |__|
 3 : |__|
 4 : |__|
 5 : |__|
 6 : |__|
 7 : |__|
 8 : |__|
 9 : |__|
 10: |__|

	Anni di età (anni compiuti)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
No, mai												
Solo occasionalmente (meno di una sigaretta al giorno)												
Più di 1 sigarette al giorno												

SEZIONE 5
PADRE

- § 5.1 - SCOLARITA'.....
- § 5.2 - FUMO DI TABACCO: ABITUDINE.....
- § 5.3 - STORIA PROFESSIONALE.....
- § 5.4 - ESPOSIZIONE LAVORATIVA A RADIAZIONI.....
- § 5.5 ESPOSIZIONE NON LAVORATIVA A SOLVENTI
- § 5.6- RADIOGRAFIE E SCINTIGRAFIE.....
- § 5.7 - MALATTIE DEL PADRE E DEI FAMILIARI DEL PADRE.....

Hanno partecipato a questa sezione dell'intervista:

- Madre intervista personale telefonica
- Padre intervista personale telefonica
- Altri precisare: _____ intervista personale telefonica

m: pers./tel.:
 p: pers./tel.:
 a: pers./tel.:

A questo punto dovremmo raccogliere alcune notizie sul padre del bambino

5.1 SCOLARITA'

1. Quale titolo di studio ha conseguito?

- a) nessuno
- b) 5a elementare
- c) 3a media o corsi avv. prof.
- d) diploma scuola professionale
- e) diploma di scuola superiore
- f) diploma universitario
- g) laurea
- h) altro (specificare.....)

1. titolo: |_|

5.2 FUMO**FUMO (attivo)**

1. Fuma o ha mai fumato regolarmente (almeno 1 volta al giorno per sei mesi)? SI |_| NO |_| NON SO |_|

1. |_|

Se SI

1.1 in quale anno ha iniziato? |_|_|_|_|

1.1 |_|_|_|_|

1.2. Fuma attualmente? SI |_| NO |_| NON SO |_|

1.2 |_|

1.3. Se ha smesso di fumare, in quale anno ha smesso? |_|_|_|_|

1.3 |_|_|_|_|

2. Fumava durante la gravidanza di sua moglie/partner o nei sei mesi precedenti il concepimento del bambino?
SI |_| NO |_| NON SO |_|

2. |_|

Se SÌ: precisare:

2.1 nei sei mesi precedenti il concepimento SI |_| NO |_| NON SO |_|

2.1 |_|

2.1.1 SE SI quante sig./die |_|_|_|

2.1.1 |_|_|

2.2 durante la gravidanza SI |_| NO |_| NON SO |_|

2.2 |_|

2.2.1 SE SI quante sig./die |_|_|_|

2.2.1 |_|_|

5.3 STORIA PROFESSIONALE

1. Esercita attualmente un'attività lavorativa (inclusi lavori stagionali, part-time, a domicilio etc.)?
 SI NO NON SO

1.1 SE **NO** precisare in quale delle seguenti condizioni si trova attualmente:
 -pensionato -disoccupato cassa integrazione altro (spec.....)

2. Potrebbe elencarmi i lavori che ha svolto incominciando dal primo? Elenchi tutti i lavori durati almeno 3 mesi, anche non continuativi.

N.	Anno inizio	Anno fine	Mansione e descrizione del lavoro	Nome e indirizzo dell'azienda	Attività dell'azienda
1					
2					
3					
4					
5					

Per più lavori, continuare in un'altra pagina.

Compilare a questo punto le **schede specifiche** per le attività svolte dal padre dall'anno precedente il concepimento del bambino fino ad oggi e di durata superiore ai 6 mesi.

N.id. / --

1.

1.1

2.1 dal: al:

mans: att:

2.2 dal: al:

mans: att:

2.3 dal: al:

mans: att:

2.4 dal: al:

mans: att:

2.5 dal: al:

mans: att:

N.id. [][][][] / [][][][][][]--

N	Anno inizio	Anno fine	Mansione e descrizione del lavoro	Nome e indirizzo dell'azienda	Attività dell'azienda
6					
7					
8					
9					
10					
11					

2.6 dal: [][][][] al: [][][][]

mans: [][][][][] att:[][][][]

2.7 dal: [][][][] al: [][][][]

mans: [][][][][] att:[][][][]

2.8 dal: [][][][] al: [][][][]

mans: [][][][][] att:[][][][]

2.9 dal: [][][][] al: [][][][]

mans: [][][][][] att:[][][][]

2.10 dal: [][][][] al: [][][][]

mans: [][][][][] att:[][][][]

2.11 dal: [][][][] al: [][][][]

mans: [][][][][] att:[][][][]

Compilare a questo punto le **schede specifiche** per le attività svolte dal padre dall'anno precedente il concepimento del bambino fino ad oggi e di durata superiore ai 6 mesi.

5.4. OCCUPAZIONI CON ESPOSIZIONE A RADIAZIONI

N.id. |__|_|_| / |__|_|_|_|_|_|_|--

Al termine delle schede specifiche per occupazione continuare con le seguenti domande...

3. Ha mai lavorato in occupazioni con esposizione a radiazioni o materiali radioattivi? Ha mai portato una piastrina per il controllo della esposizione a raggi? SI |__| NO |__| NON SO |__|

1: |__|

Se SI

2. Di quale lavoro si trattava? (controllare la lista 5.2 e le schede specifiche, aggiungere qui o sulla scheda eventuali dettagli sulla mansione)

2: |__|_|_|_|_|

3. In quale periodo ha svolto mansioni con esposizione a radiazioni? Dal (mese e anno) |__|_|/|__|_|_| Al |__|_|/|__|_|_|

3 dal: |__|_|/|__|_|_|
al: |__|_|/|__|_|_|

4. E' mai stato allontanato dal lavoro perché era stato esposto ad una dose eccessiva di radiazioni?

SI |__| NO |__| NON SO |__|

4 : |__|_|

5. Se sì, in quale data è stato allontanato e quale dose aveva ricevuto?

5.1 (mese e anno) |__|_|/|__|_|_|

5.1 mm/aa |__|_|/|__|_|_|

5.2 dose |_____|

5.2 dose: |__|_| , |__|_|

5.5 ESPOSIZIONE A SOLVENTI

Mostrare Elenco N. 5.1

1. Tolto il suo lavoro, ha svolto in modo regolare (almeno 1 volta/settimana) attività che richiedevano l'uso di uno dei seguenti prodotti? Si No Non so

Se SI:

Tipo di sostanza	In quali anni?	Per quante ore alla settimana, in media?	Descriva l'attività e dove la effettuava	All'a aperto	Al chiuso	Prodotti utilizzati
1. Smacchiatori	Da anno _____ ad anno _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	percloroetilene trielina altro:.....
2. Sverniciatori	Da anno _____ ad anno _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Colle, mastici	Da anno _____ ad anno _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Solventi	Da anno _____ ad anno _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Benzina	Da anno _____ ad anno _____			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.

1.1 da: _____ a: _____
h/sett: ____
dove: prod:

1.2 da: _____ a: _____
h/sett: ____
dove: prod:

1.3 da: _____ a: _____
h/sett: ____
dove: prod:

1.4 da: _____ a: _____
h/sett: ____
dove: prod:

1.5 da: _____ a: _____
h/sett: ____
dove: prod:

2. Prima del concepimento del bambino ha subito interventi con l'inserzione di cateteri venoso o arteriosi o altri interventi sotto controllo radioscopico? SI |__| NO |__| NON SO |__|

- Se SÌ:**
- 2.1 per quale malattia:.....
 - 2.2 In quale anno |__|
 - 2.3 In quale ospedale

- 2. |__|
- 2.1 icd: |__|__|
- 2.2 anno: |__|__|

3. Prima del concepimento del bambino, ha subito trattamenti con l'uso di radiazioni? SI |__| NO |__| NON SO |__|

- Se SÌ:**
- 3.1 per quale malattia:.....
 - 3.2 In quale anno |__|
 - 3.3 In quale ospedale

- 3. |__|
- 3.1 icd: |__|__|
- 3.2 anno: |__|__|

4. Nella sua vita ha mai sofferto di tumori benigni o maligni? SI |__| NO |__| NON SO |__|

- Se SÌ**
- 4.1 specificare la diagnosi.....
 - 4.2 in quale anno è stato diagnosticato? |__|
 - 4.3 in quale ospedale è stato curato?.....

- 4. |__|
- 4.1 icd: |__|__|
- 4.2 anno: |__|__|

5.7 MALATTIE DEI FAMILIARI DEL PADRE

Può dirci se qualcuno tra i suoi parenti prossimi ha sofferto di tumori o di leucemia?

1. Suo padre, soffre o ha sofferto di un tumore o leucemia? Sì |_|_| No |_|_| Non So |_|_|

Se Sì: Specificare:

1.1 -tipo/sede

1.2 -età alla diagnosi |_|_|

1.3 -Se sono riferiti tumori multipli specificare tipo/sede di tutti.....

.....

2. Sua madre, soffre o ha sofferto di un tumore o leucemia? Sì |_|_| No |_|_| Non So |_|_|

Se Sì: Specificare:

2.1 -tipo/sede

2.2 -età alla diagnosi |_|_|

2.3 -Se sono riferiti tumori multipli specificare tipo/sede di tutti.....

.....

(*) Per "tumore multiplo" si intendono più tumori sia presenti contemporaneamente sia comparsi in tempi diversi ma non della ripresa di uno stesso tumore.

1.: |_|

1.1 tipo: |_|_|_|_|

1.2 età: |_|_|

1.3 tipo 2: |_|_|_|_|

2.: |_|

2.1 tipo: |_|_|_|_|

2.2 età: |_|_|

2.3 tipo 2: |_|_|_|_|

3. **Quanti fratelli** (N. |_____|) e sorelle (N. |_____|) ha?
(segnare nella casella il numero, sono gli zii e le zie del bambino, se non ha fratelli o sorelle scrivere 0)

3.1- Qualcuno tra i suoi fratelli o sorelle soffre o ha sofferto di un tumore o leucemia? Sì |___| No |___| Non So |___|

Se Sì: ci può riferire per ciascuno di loro le seguenti informazioni?

3.2 (I°) Fratello |_____| **o sorella** |_____|

Specificare: - 3.2.1 tipo/sede

3.2.2 -età alla diagnosi |___|

3.3 (II°) Fratello |_____| **o sorella** |_____|

Specificare: 3.3.1 -tipo/sede

3.3.2-età alla diagnosi |___|

3.4 (III°) Fratello |_____| **o sorella** |_____|

Specificare: 3.4.1 -tipo/sede

3.4.2 -età alla diagnosi |___|

N.id. |__|_|_| / |__|_|_|_|_|_|--

3. frat: |__| sor: |__|

3.1 |__|

3.2 |__|

3.2.1 tipo: |__|_|_|_|

3.2.2 età: |__|

3.3 |__|

3.3.1 tipo: |__|_|_|_|

3.3.2 età: |__|

3.4 |__|

3.4.1 tipo: |__|_|_|_|

3.4.2 età: |__|

N.id. |_|_|_| / |_|_|_|_|_||--

4) Quanti nipoti (cugini di primo grado del bambino) ha? N. maschi |_|_|_| N. femmine |_|_|_|
(segnare nella casella il numero, se non ha nipoti scrivere 0)

4. nip. m: |_|_| nip. f: |_|_|

4.1 Se SI, qualcuno tra i suoi nipoti soffre o ha sofferto di un tumore o leucemia? Sì |_|_| No |_|_| Non So |_|_|

4.1 |_|_|

4.2 (I°) Nipote Maschio |_|_|_| Femmina |_|_|_|

4.2 |_|_|

Specificare: 4.2.1 - tipo/sede

4.2.1 tipo: |_|_|_|_|

4.2.2 - età alla diagnosi |_|_|

4.2.2 età: |_|_|

4.3 (II°) Nipote Maschio |_|_|_| Femmina |_|_|_|

4.3 |_|_|

Specificare: 4.3.1 - tipo/sede

4.3.1 tipo: |_|_|_|_|

4.3.2 - età alla diagnosi |_|_|

4.3.2 età: |_|_|

4.4 (III°) Nipote Maschio |_|_|_| Femmina |_|_|_|

4.4 |_|_|

Specificare: 4.4.1 - tipo/sede

4.4.1 tipo: |_|_|_|_|

4.4.2 - età alla diagnosi |_|_|

4.4.2 età: |_|_|

SEZIONE 6**ABITAZIONI DELLA MADRE E DEL BAMBINO****sommario della sezione**

§ 6.1 – STORIA ABITATIVA DELLA MADRE E DEL BAMBINO.....

§ 6.2 –ABITAZIONI SALTUARIE DEL BAMBINO

Hanno partecipato a questa sezione dell' intervista:

- Madre intervista personale| telefonica
- Padre intervista personale| telefonica
- Altri precisare: _____ intervista personale| telefonica

m: pers./tel.: p: pers./tel.: a: | pers./tel.:

Le schede devono essere compilate da entrambi i genitori. Se l'intervista avviene in due tempi deve essere ripetuta ad entrambi

Le chiederò adesso di elencare le abitazioni dove ha vissuto, partendo da quella dove abitava un anno prima della nascita (al concepimento) del bambino. Per ogni abitazione le chiederò alcune informazioni.

6.1 STORIA ABITATIVA DEL BAMBINO E DELLA MADRE

Mostrare elenco N.6.1

Può descriverci tutte le abitazioni in cui Lei (la mamma) ed il bambino avete vissuto dall'anno precedente la nascita del bambino ad ora? Incominci dalla casa in cui lei abitava nell'anno **prima della nascita (alla data del concepimento)** del bambino.

N	Indirizzo (comune, via, numero)	Da (a)	A (a)	Tipo abitaz (b)	Anno di costruzione	La abitazione era isolata? (c)	se isolata: distanza in. Km.dal paese (oltre 100 ab.) più vicino
1						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>	
2						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>	
3						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>	
4						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>	
5						SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO <input type="checkbox"/>	

a) Indicare l'anno e, se possibile, anche il mese dei traslochi

b) Tipo: Casa unifamiliare o villetta = 1; Casa a schiera, posizione intermedia = 2; Casa a schiera in posizione terminale = 3;
Casa rurale unifamiliare = 4; Casa rurale plurifamiliare = 5; Condominio 2-4 app = 6;
Condominio > 4 app. = 7; Altro = 8 (specificare!); Non so = 9.

c) Definire isolata se dista più di 500 metri da un comune o frazione con almeno 100 abitanti. Per i luoghi di villeggiatura considerare la popolazione massima.

Compilare la scheda per: l'abitazione corrente (attuale); l'abitazione alla data di riferimento; l'abitazione dove viveva la madre in gravidanza e le altre eventuali abitazioni dove il bambino ha vissuto oltre un anno.

N.id. /

1. com:
da: a:
tipo: a.cost.
isol.: km:

2. com:
da: a:
tipo: a.cost.
isol.: km:

3. com:
da: a:
tipo: a.cost.
isol.: km:

4. com:
da: a:
tipo: a.cost.
isol.: km:

5. com:
da: a:
tipo: a.cost.
isol.: km:

6.2. ABITAZIONI SALTUARIE

Mostrare Elenco N. 6.1

In questo paragrafo ci interessano solo le abitazioni saltuarie, diverse da quelle già riportate nel §6.1

1. partendo dalla nascita e fino a [data di riferimento], il bambino ha trascorso regolarmente del tempo in altre abitazioni (ad esenpio dai nonni o da persone che lo accudivano)? SI NO NON SO

Compilare solo se usate per: almeno 2 giorni/settimana oppure 4 mezza giornate ogni settimana oppure 2 mesi continuati all'anno

N.	Indirizzo (comune, via, numero)	Da (a)	A (a)	Tipo abitaz. (b)	Isolata (c)? Km	Relazione / ragione di uso	Tempo di uso Ore/gg - gg/sett	
1				cod. <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>				
2				cod. <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>				
3				cod. <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>				
4				cod. <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>				
5				cod. <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>				
6				cod. <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>				

1. comune
da: a: tipo:
isol.: uso: ore gg
2. comune
da: a: tipo:
isol.: uso: ore
gg
3. comune
da: a: tipo:
isol.: uso: ore gg
4. comune
da: a: tipo:
isol.: uso: ore gg
5. comune
da: a: tipo:
isol.: uso: ore
gg
6. comune
da: a: tipo:
isol.: uso: ore
gg

a) Indicare l'anno

- b) Tipologia: Casa unifamiliare o villetta = 1; Casa a schiera in posizione intermedia = 2; Casa a schiera in posizione terminale =3;
 Casa rurale unifamiliare = 4; Casa rurale plurifamiliare= 5; Condominio 2-4 app = 6;
 Condominio >4 app. = 7; Colonie, Altro =8 (specificare!); Non so =9.

ORA DI FINE INTERVISTA h:|__|__| m:|__|__|

Vi sono stati problemi di comprensione da parte dell'intervistato? No |__| Si, lievi |__| Si, gravi |__|

Lievi quando è necessario fornire molte spiegazioni per ch  l'intervistato non conosce i termini usati nel questionario ma si raggiunge comunque una comprensione delle domande.

Gravi quando le spiegazioni fornite dall'intervistatore non sono sufficienti a spiegare i termini pi  specifici, ad esempio perch  l'intervistato non padroneggia a sufficienza la lingua italiana.

Valutazione di completezza e attendibilit  da parte dell'intervistatore

		completezza	Attendibilit�
1	sezione 1		
2	sezione 2		
3	sezione 3		
4	sezione 4		
5	sezione 5		
6	sezione 6		
7	Abitazioni		

1 |__|__|
 2 |__|__|
 3 |__|__|
 4 |__|__|
 5 |__|__|
 6 |__|__|
 7 |__|__|

codici: 3: elevata
 2: intermedia
 1: bassa
 0: sezione non compilata

N.id. |_|_| / |_|_|_|_|--

Scheda ABITAZIONE

Per queste schede si usano gli elenchi A1 -A.9

0. Abitazione n. |__|__| (secondo l'elenco alla sezione 6.1)

1. Indirizzo (via e numero, città) _____

2. Abitazione occupata dal ____ al ____

3. INDICARE DI QUALE ABITAZIONE SI TRATTA (ANNOTARE **TUTTE** LE RISPOSTE VALIDE):

- ABITAZIONE ATTUALE (CORRENTE).....
- ABITAZIONE ALLA DATA DI RIFERIMENTO.....
- ABITAZIONE IN GRAVIDANZA.....
- ALTRE ABITAZIONI

Hanno partecipato a questa sezione dell' intervista:

- Madre intervista personale telefonica
- Padre intervista personale telefonica
- Altri precisare: _____ intervista personale telefonica

Le schede devono essere compilate da entrambi i genitori. Se l'intervista avviene in due tempi deve essere ripetuta ad entrambi

Le schede vanno compilate per: l'abitazione corrente (attuale); l'abitazione alla data di riferimento; l'abitazione dove viveva la madre in gravidanza e le altre eventuali abitazioni dove il bambino ha vissuto oltre un anno.

0. |__|

1. comune: |__|__|__|

2. |__|__| |__|__|

3. quale: |__| |__| |__| |__|

m: |__| pers./tel.: |__|

p: |__| pers./tel.: |__|

a: |__| pers./tel.: |__|

Le chiederò adesso di DESCRIVERE questa abitazione.

A.1 Dati generali dell'abitazione

1. Numero piani dell'edificio	__	2. Numero del piano dell'abitazione	__	1.	__	2.	__
3. Numero vani	__	4. Superficie coperta in mq.	___	3.	__	4.	___
5. In quale anno è stato costruito l'edificio?	___	(indicare anche in modo approssimato)		5.	___		
6. Dopo la costruzione, è stato rifatto l'impianto elettrico?	Si __	No __	non so __	6.	__	6.1	___
6.1 Se sì, in quale anno?	___						
7. Quanti bambini e quanti adulti abitano (o abitavano) per nell'appartamento/abitazione? (Se è variato indichi il massimo)				7.	adul: __	bamb:	__
adulti	___	bambini e ragazzi	___				
8. C'è (c'era) un giardino?	Si __	No __	non so __	8.	__		
Se Si:	8.1 giardino comune __	o -privato __	8.2 Superficie in mq ___	8.1	__		
	8.3 Per quante ore al giorno è (era) frequentato dal bambino?	in estate __	in inverno ___	8.2	__		
				8.3	__ / __		
9. C'è (c'era) un orto annesso all'abitazione?	Si __	No __	non so __	9.	__		
Se Si:	9.1 Superficie in mq ___			9.1	__		
	9.2 Per quante ore al giorno è (era) frequentato dal bambino?	in estate __	in inverno ___	9.2	__ / __		
11. L'impianto di riscaldamento è (era):	centrale __	autonomo __	non so __	11	__		
11.1 Se il riscaldamento è (era) autonomo indicare il combustibile:				11.1	__		
	legna __	carbone __	gasolio __				
	gas (metano o gpl) __	elettricità __	non so __				

A.2 Linee ed apparecchiature elettriche vicino all'abitazione

Presentare queste domande aiutandosi con il set di fotografie 'LINEE ELETTRICHE ED ANTENNE':

1	Vi sono (erano) linee ad alta tensione (da 30 a 380 Kilovolt) a meno di 200 m?	Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>	1.	<input type="checkbox"/>
	Se Si 1.1: distanza m		1.1	<input type="checkbox"/>
	1.2 KV:.....		1.2	<input type="checkbox"/>
	1.3 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>		1.3	<input type="checkbox"/>
2	Vi sono (erano) linee a media tensione (tra 1 e 30 Kilvolt) a meno di 100 m?	Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>	2.	<input type="checkbox"/>
	Se Si 2.1: distanza m		2.1	<input type="checkbox"/>
	2.2 KV:.....		2.2	<input type="checkbox"/>
	2.3 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>		2.3	<input type="checkbox"/>
3	Vi sono (erano) linee a bassa tensione (sotto 1 Kilovolt) a meno di 30 m?	Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>	3.	<input type="checkbox"/>
	Se Si 3.1: distanza m		3.1	<input type="checkbox"/>
	3.2 KV:.....		3.2	<input type="checkbox"/>
	3.3 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>		3.3	<input type="checkbox"/>
4	Vi sono (erano) linee elettriche contigue a muri esterni all'abitazione (a meno di 50 cm. dal muro)?	Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>	4.	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Se Si 4.1 specificare a quale stanza sono contigue _____		4.1	<input type="checkbox"/>
	4.2 i conduttori erano separati <input type="checkbox"/> o intrecciati? <input type="checkbox"/>		4.2	<input type="checkbox"/>
	4.3 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>		4.3	<input type="checkbox"/>
5	Vi sono (erano) linee di illuminazione pubblica a meno di 10 m.?	Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>	5.	<input type="checkbox"/>
	Se Si 5.1 specificare a quale stanza sono vicine _____		5.1	<input type="checkbox"/>
	5.2 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>		5.2	<input type="checkbox"/>
5	Vi sono/erano insegne commerciali al neon o cartelloni luminosi in stretta prossimità dell'abitazione?	Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>	6.	<input type="checkbox"/>
	Se Si 6.1 specificare a quale stanza sono vicine _____		6.1	<input type="checkbox"/>
	6.2 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/>		6.2	<input type="checkbox"/>

<p>8 Vi sono (erano) linee attive di tram o filobus in una delle strade intorno all'edificio? Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>Se Si 8.1 Specificare a quale stanza sono vicine _____</p> <p> 8.2 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>9.1 Vi sono (erano) antenne radio o ripetitori TV a meno di 300 m? Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>Se Si 9.1.1 distanza m</p> <p> 9.1.2 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>9.2 Vi sono (erano) stazioni radiobase per telefonia cellulare a meno di 100 m? Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>Se Si 9.2.1 distanza m se sul tetto <input type="checkbox"/></p> <p> 9.2.2 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>10. E' (era) presente una cabina elettrica nell'edificio ? Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>Se Si, 10.1 è (era) contigua all'abitazione? Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p> 10.2 Specificare a quale stanza _____</p> <p> 10.3 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>11. L' edificio è (era) dotato di ascensore? Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>Se Si, 11.1 il vano motore è (era)adiacente all'abitazione? Sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p> 11.2 Specificare a quale stanza _____</p> <p> 11.3 Confermato dall'intervistatore sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> non so <input type="checkbox"/></p> <p>Può riferirci i seguenti dati sull'impianto elettrico domestico?</p> <p>12.1. Qual'è (era) la potenza installata per contratto (KW) ____,__ (vedi bolletta se non noto)</p> <p>12.2. Consumo medio <u>mensile</u> di corrente (costo in lire secondo la bolletta): lire</p> <p>Se la bolletta è bimestrale riportare la metà dell'importo della bolletta.</p> <p>Se veniva usata anche corrente a 380 Volts, indicare in nota</p>	<p>8. <input type="checkbox"/></p> <p>8.1 <input type="checkbox"/></p> <p>8.2 <input type="checkbox"/></p> <p>9.1 <input type="checkbox"/></p> <p>9.1.1 <input type="checkbox"/></p> <p>9.1.2 <input type="checkbox"/></p> <p>9.2 <input type="checkbox"/></p> <p>9.2.1 <input type="checkbox"/></p> <p>9.2.2 <input type="checkbox"/></p> <p>10. <input type="checkbox"/></p> <p>10.1 <input type="checkbox"/></p> <p>10.2 <input type="checkbox"/></p> <p>10.3 <input type="checkbox"/></p> <p>11. <input type="checkbox"/></p> <p>11.1 <input type="checkbox"/></p> <p>11.2 <input type="checkbox"/></p> <p>11.3 <input type="checkbox"/></p> <p>12.1 kw: ____,__</p> <p>12.2 £: ____000</p>
--	--

A.3 Traffico e sorgenti fisse di inquinamento atmosferico

1. Rispetto al **traffico di auto ed altri veicoli**, Lei come definisce la **zona** dove si trova (trovava) la sua abitazione?
 a) senza traffico |__| b) con poco traffico |__| c) con traffico moderato |__| d) con traffico intenso |__|

1. |__|

2. Se l'intensità del traffico varia (variava) nel corso delle giornata, indichi il numero di ore al giorno per ciascuna categoria di traffico.

2. a) |__|

a) n° ore senza traffico |__| b) n° ore con poco traffico |__|

b) |__|

c) n° ore con traffico moderato |__| d) n° ore con traffico intenso |__|

c) |__|

d) |__|

3. Le seguenti domande si riferiscono alle strade / piazze che **circondano l'edificio** della Sua abitazione (min. 1, max.4):

Nome delle strade / piazze:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

3.1 |__|__|__| , |__|__|__|

3.2 |__|__|__| , |__|__|__|

3.3 |__|__|__| , |__|__|__|

3.4 |__|__|__| , |__|__|__|

Le domande 4-10 si riferiscono alle **strade / piazze che circondano l'edificio** (mantenere la numerazione alla pagina precedente, se vi sono dubbi aggiungere il nome della via anche qui):

	1	2	3	4
4. Tipo di strada: A) privata o chiusa al traffico senza transito di veicoli B) strada / piazza urbana secondaria con poco traffico C) str./ piazza extraurbana secondaria, poco traffico D) strada / piazza urbana con traffico moderato E) strada / piazza extraurbana con traffico moderato F) strada / piazza urbana ad alto traffico G) strada / piazza extraurbana ad alto traffico				
5. Quante corsie ha questa strada / piazza in totale?				
6. Quante finestre della casa si affacciano su questa strada / piazza?				
7.1 Ci sono incroci entro 100 m della casa? Se sì, quanti?	Sì [] (N. []) No [] Non so []	Sì [] (N. []) No [] Non so []	Sì [] (N. []) No [] Non so []	Sì [] (N. []) No [] Non so []
7.2 Ci sono semafori entro 100 m della casa? Se sì, quanti?	Sì [] (N. []) No [] Non so []	Sì [] (N. []) No [] Non so []	Sì [] (N. []) No [] Non so []	Sì [] (N. []) No [] Non so []
8. Si formano code di traffico entro 100 m della casa? Se sì, per quante ore al giorno?	Sì [] (N.ore []) No [] Non so []	Sì [] (N.ore []) No [] Non so []	Sì [] (N.ore []) No [] Non so []	Sì [] (N.ore []) No [] Non so []
9. C'è transito di linee di autobus? Se sì, quante linee?	Sì [] (N. []) No [] Non so []	Sì [] (N. []) No [] Non so []	Sì [] (N. []) No [] Non so []	Sì [] (N. []) No [] Non so []
10. C'è passaggio di camion?	Mai [] Sporadico- [] Frequente- []	Mai [] Sporadico- [] Frequente- []	Mai [] Sporadico- [] Frequente- []	Mai [] Sporadico- [] Frequente- []

1 tipo: [] corsie: [] [] finestre: [] []
incroci: [] n. [] []
semafori: [] n. [] []
code: [] ore [] []
bus: [] num [] []
camion: []

2 tipo: [] corsie: [] [] finestre: [] []
incroci: [] n. [] []
semafori: [] n. [] []
code: [] ore [] []
bus: [] num [] []
camion: []

3 tipo: [] corsie: [] [] finestre: [] []
incroci: [] n. [] []
semafori: [] n. [] []
code: [] ore [] []
bus: [] num [] []
camion: []

4 tipo: [] corsie: [] [] finestre: [] []
incroci: [] n. [] []
semafori: [] n. [] []
code: [] ore [] []
bus: [] num. [] []
camion: []

Rispondere alle domande solo per le strade/piazze che circondano l'edificio dell'abitazione.

Se l'edificio è inserito in un isolato più grande, considerare solo le vie su cui si affacciano finestre dell'abitazione.

Se l'edificio è separato dalla strada da un giardino, compilare in riferimento alla strada che delimita il giardino ed annotare anche la distanza tra l'edificio e la strada.

11. Ci sono distributori di benzina prossimi all'abitazione? Sì no non so **Se sì precisare:**

Indirizzo	Distanza dall'abitazione in linea retta	Dimensioni	Deve tenere le finestre chiuse d'estate a causa di fumi od odori? Se Si precisare
1.		1-2 pompe <input type="checkbox"/> 3-4 pompe <input type="checkbox"/> ≥5 pompe <input type="checkbox"/>	
2.		1-2 pompe <input type="checkbox"/> 3-4 pompe <input type="checkbox"/> ≥5 pompe <input type="checkbox"/>	

11 11.1 _____, _____
m: _____ n: fin. c.: 11.2 _____, _____
m: _____ n: fin. c.:

12. Sono presenti parcheggi, garages, o autofficine nel cortile o nelle vie circostanti? Sì No non so

Se sì precisare:

	Tipo	Specificare il tipo di attività	Distanza dall'abitazione in linea retta	Deve tenere le finestre chiuse d'estate a causa di fumi od odori? Se Si precisare
1	All'aperto <input type="checkbox"/> Interrato <input type="checkbox"/>			
2	All'aperto <input type="checkbox"/> Interrato <input type="checkbox"/>			

12 12.1 aper. att. _____
m. _____ fin.c. 12.2 aper. att. _____
m. _____ fin.c.

13. Sono presenti fabbriche/laboratori artigiani/officine prossimi all'abitazione? Sì No non so

Se sì precisare:

	Specificare il tipo di attività	Distanza dall'abitazione in linea retta	Deve tenere le finestre chiuse d'estate a causa di fumi od odori? Se Si precisare
1			
2			

13 13.1 att. _____ m. _____ fin.c. 13.2 att. _____ m. _____ fin.c.

A.4 Apparecchi elettrici

Quali dei seguenti apparecchi sono (erano) presenti nella sua abitazione? In quale stanza si trovano e quanto sono utilizzati?

	Apparecchio	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>	In quale stanza?	Durata media di funzionamento	
1	Lavatrice	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>		Cicli /sett.....	1. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Lavastoviglie	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>		Cicli /sett.....	2. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Forno elettrico	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>		ore/settimana	3. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4	Forno a microonde	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>		minuti/settimana	4. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Ventilatore a soffitto	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>		ore/giorno in estate	5. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	Stufa elettrica / 1	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>		ore/giorno in inverno	6. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7	Stufa elettrica / 2	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>		ore/giorno in inverno	7. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8	Scaldabagno elettrico / 1	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>			8. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Scaldabagno elettrico / 2	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>			9. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Scaldabagno a gas	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>			10. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Condizionatore d'aria	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>			11. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Televisore /1	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>		Ore/giorno	12. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Televisore /2	Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>		Ore/giorno	13. <input type="checkbox"/> stanza: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Altri apparecchi				14. tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> st. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Altri apparecchi				15. tipo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> st. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> uso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

A.5 Uso di sostanze chimiche ed hobbies**mostrare l'elenco N. A5**

1) Nell'abitazione (o in locali annessi), Lei o i suoi familiari svolgono o svolgevano una delle seguenti attività?

se NO annotare qui e passare alla domanda 2 di questa pagina ____

Tipo di attività svolta in casa	In quale locale era svolta?	Da anno ... ad anno ...	da chi era svolta?	Ore/mese	Tipo di prodotti utilizzati	Era presente il bambino nel locale dove si lavorava?
1. modellismo		da ____ a ____				si sempre <input type="checkbox"/> Si eccezionale o pochi minuti <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/>
2. verniciatura mobili		da ____ a ____				si sempre <input type="checkbox"/> Si eccezionale o pochi minuti <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/>
3. riparazione auto o moto		da ____ a ____				si sempre <input type="checkbox"/> Si eccezionale o pochi minuti <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/>
4. riparazione apparecchi radio o elettrici		da ____ a ____				si sempre <input type="checkbox"/> Si eccezionale o pochi minuti <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/>

1 ____

1.1 dove ____ dal ____ al ____ chi: ____
ore ____ prod: ____ bamb: ____1.2 dove ____ dal ____ al ____ chi: ____
ore ____ prod: ____ bamb: ____1.3 dove ____ dal ____ al ____ chi: ____
ore ____ prod: ____ bamb: ____1.4 dove ____ dal ____ al ____ chi: ____
ore ____ prod: ____ bamb: ____

2) Nell'abitazione (o in locali annessi), lei o altri familiari hanno mai utilizzato uno dei seguenti prodotti?

(se NO annotare qui e passare alla pagina seguente ____)

Prodotto	In quale locale ?	Da anno ... ad anno ...	da chi era svolta?	Ore/mese	Volte /mese	Tipo di prodotti utilizzati	Era presente il bambino nel locale dove si lavorava?
1. Smacchiatori		da ____ a ____					si sempre <input type="checkbox"/> Si eccezionale o pochi minuti <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/>
2. Sverniciatori		da ____ a ____					si sempre <input type="checkbox"/> Si eccezionale o pochi minuti <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/>
3. Colle o mastici		da ____ a ____					si sempre <input type="checkbox"/> Si eccezionale o pochi minuti <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/>
4. Solventi		da ____ a ____					si sempre <input type="checkbox"/> Si eccezionale o pochi minuti <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/>
5. Tarmicidi		da ____ a ____					si sempre <input type="checkbox"/> Si eccezionale o pochi minuti <input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/>

2 ____

2.1 dove ____ dal ____ al ____ chi: ____
ore ____ prod: ____ bamb: ____2.2 dove ____ dal ____ al ____ chi: ____
ore ____ prod: ____ bamb: ____2.3 dove ____ dal ____ al ____ chi: ____
ore ____ prod: ____ bamb: ____2.4 dove ____ dal ____ al ____ chi: ____
ore ____ prod: ____ bamb: ____2.5 dove ____ dal ____ al ____ chi: ____
ore ____ prod: ____ bamb: ____

A.6 Esposizione ambientale a pesticidi in attività non lavorative

1. L'abitazione era **annessa o confinante ad una azienda agricola, a campi coltivati o ad un allevamento di animali?**

Sì No Non so **Se no o non so** andare alla sezione n. A.7 **Se sì continuare**

1.

2. La madre o il padre del bambino o altri familiari svolgevano attività, anche saltuarie, nell'azienda? Sì No Non so

2.

Se Sì : 2.1 Madre Sì, regolarmente Sì, (meno di 10 gg/anno) No Non so
 2.2 Padre Sì, regolarmente Sì, (meno di 10 gg/anno) No Non so
 2.3 Altri (spec.) Sì, regolarmente Sì, (meno di 10 gg/anno) No Non so

2.1:

2.2:

2.3:

Nel caso di attività regolari, di tipo lavorativo, compilare per le persone interessate le schede lavorative per l'agricoltura

3. Se c'erano campi coltivati, quali erano le coltivazioni più frequenti (consideri tutte le attività, anche frutteti, vigne e serre)

.....

3.

4. I campi più vicini, quanti metri distavano da casa sua? |_____|

4. m:

5. Le risulta che siano mai stati usati pesticidi per le coltivazioni dei campi più vicini a casa sua? Sì No Non so

Se sì 5.1 Di che tipo? insetticidi erbicidi fungicidi non so

5.

5.2 Quanti trattamenti venivano effettuati in un anno? |_____|

5.1 tipo:

5.2 n.

6. Solo se si tratta dell'abitazione in gravidanza:

La madre durante la gravidanza, ha mai assistito all'applicazione di trattamenti con pesticidi? Sì No Non so

Se sì Perché?..... a quale distanza?

6.

Porre le domande seguenti (numero 7 e 8) solo se era l'abitazione del bambino

7. Il bambino ha mai assistito all'applicazione di trattamenti con pesticidi? Sì No Non so

7.

Se sì Perché?..... a quale distanza?

8. Il bambino entrava nei campi nei due giorni successivi al trattamento? Sì No Non so

8.

9. Dove venivano preparate le miscele di pesticidi?
 a) all'aperto b) in un magazzino (esterno alla casa) c) in garage od in un locale della casa
 precisare dove ed a quale distanza da casa
10. Chi li preparava?.....
- 11 Chi lavava gli indumenti da lavoro usati durante il trattamento?.....
12. Venivano allevati animali vicino alla sua abitazione ? Sì No Non so
 Se sì Quali? Se NO vai a A.7 in questa sezione
13. Le risulta che siano mai stati usati insetticidi per tali animali? Sì No Non so
 Se sì Quanti trattamenti venivano effettuati in un anno? |____|
14. **Solo se si tratta dell'abitazione in gravidanza:**
 Lei (la madre), ha mai assistito all'applicazione di insetticidi? Sì No Non so
 Se sì Perché, a quale distanza?
- Porre le domande seguenti (numero15 e 16) solo se era l'abitazione del bambino**
15. Il bambino ha mai assistito all'applicazione di insetticidi? Sì No Non so
 Se sì Perché, a quale distanza?
16. Il bambino ha mai giocato con questi animali nei 2-3 giorni successivi al trattamento? Sì No Non so
17. Dove venivano preparati gli insetticidi?
 a) all'aperto b) in un magazzino (esterno alla casa) c) in garage od in un locale della casa
 precisare dove ed a quale distanza da casa
18. Chi li preparava (se era un familiare) ?.....
19. Chi lavava gli indumenti da lavoro usati durante il trattamento?

A.7 Esposizione ambientale a pesticidi in orto e giardino

Se la casa aveva un **orto od un giardino** continua, altrimenti vai al punto A.8 (insetticidi in casa)

1. Ha mai usato insetticidi od erbicidi per **il giardino**? Sì | | No | | Non so | |

1.1 INSETTICIDI	1. Prodotto:	Dal al gg/anno
	2. Prodotto:	Dal al gg/anno
	3. Prodotto:	Dal al gg/anno
1.2 ERBICIDI	1. Prodotto:	Dal al gg/anno
	2. Prodotto:	Dal al gg/anno
	3. Prodotto:	Dal al gg/anno

1 | |
 1.1.1 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|
 1.1.2 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|
 1.1.3 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|
 1.2.1 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|
 1.2.2 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|
 1.2.3 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|

2. Ha mai usato insetticidi od erbicidi per **l'orto** ? Sì | | No | | Non so | |

2.1 INSETTICIDI	1. Prodotto:	Dal al gg/anno
	2. Prodotto:	Dal al gg/anno
	3. Prodotto:	Dal al gg/anno
2.2 ERBICIDI	1. Prodotto:	Dal al gg/anno
	2. Prodotto:	Dal al gg/anno
	3. Prodotto:	Dal al gg/anno

2. | |
 2.1.1 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|
 2.1.2 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|
 2.1.3 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|
 2.2.1 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|
 2.2.2 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|
 2.2.3 :|_|_|_| da:|_|_|_|_| a:|_|_|_|_| gg |_|_|

- | | | |
|---|----|--------------------------|
| 3. Il bambino ha mai assistito all'applicazione di questi trattamenti ? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/>
Se sì Perché, a quale distanza? | 3. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Il bambino entrava nel giardino o nell'orto nei due giorni successivi al trattamento? Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non so <input type="checkbox"/> | 4. | <input type="checkbox"/> |
| 5. Chi effettuava questi trattamenti?..... | 5. | <input type="checkbox"/> |
| 6. Quali mezzi utilizzava per applicare il trattamento? | 6. | <input type="checkbox"/> |

A.8 Esposizione ad insetticidi in casa1. In questa casa ha usato prodotti chimici o insetticidi per il trattamento di **piante in vaso**? Sì No Non so **Se Sì**

elenco A6	Prodotto	Da anno ad anno	Giorni di uso all'anno	In casa o sul balcone?
1. Insetticidi (polveri)				
2. Insetticidi (aerosol o bombolette spray)				
3. Lucidanti fogliari				
4. Altro				

1

1.1 da|_|_|_|_| a|_|_|_|_| gg|_|_| dove|_|

1.2 da|_|_|_|_| a|_|_|_|_| gg|_|_| dove|_|

1.3 da|_|_|_|_| a|_|_|_|_| gg|_|_| dove|_|

1.4 da|_|_|_|_| a|_|_|_|_| gg|_|_| dove|_|

2. In questa casa ha usato insetticidi per il trattamento di **animali domestici o gabbie**? Sì No Non so **Se Sì**

elenco A7	Prodotto	Da anno ad anno	Giorni di uso all'anno	In casa o fuori?
1. Polveri				
2. Aerosol o bombolette spray				
3. Shampoo				
4. Altro				

2

2.1 da|_|_|_|_| a|_|_|_|_| gg|_|_| dove|_|

2.2 da|_|_|_|_| a|_|_|_|_| gg|_|_| dove|_|

2.3 da|_|_|_|_| a|_|_|_|_| gg|_|_| dove|_|

2.4 da|_|_|_|_| a|_|_|_|_| gg|_|_| dove|_|

3. In questa casa ha usato insetticidi per mosche o zanzare **(elenco A8)** Sì | | No | | Non so | | **Se Sì**

	Prodotto	Da anno ad anno	Giorni di uso all'anno	Usato anche in camera da letto?
Strisce di carta impregnata				
Aerosol o bombolette spray				
Pastiglie o fornelli collegati alla corrente				
Altro				

3 | |

3.1 da | | | | a | | | | gg | | | dove | |

3.2 da | | | | a | | | | gg | | | dove | |

3.3 da | | | | a | | | | gg | | | dove | |

3.4 da | | | | a | | | | gg | | | dove | |

4. In questa casa ha usato insetticidi per formiche, scarafaggi o simili? **(elenco A9)** Sì | | No | | Non so | |

Se Sì

	Prodotto	Da anno ad anno	Giorni di uso all'anno	Usato anche in camera da letto?
Polveri				
Aerosol o bombolette spray				
Altro				

4 | |

4.1 da | | | | a | | | | gg | | | dove | |

4.2 da | | | | a | | | | gg | | | dove | |

4.3 da | | | | a | | | | gg | | | dove | |

5. Sono mai state fatte disinfestazioni della casa da parte di disinfettori privati o della USL? Sì | | No | | Non so | |

Se sì

Motivo della disinfestazione	Anno	Quanto tempo è durata (n./giorni)

5 | |

5.1 motivo | | | anno | | | | gg | | |

5.2 motivo | | | anno | | | | gg | | |

5.3 motivo | | | anno | | | | gg | | |

N.id. |_|_|_| / |_|_|_|_|_| Abit n. |_|--

Anexo 2.
**FORMATO DE EVALUACIÓN PARA LA VALIDEZ DE
CONTENIDO**

Evaluación de la validez de contenido del cuestionario factores de riesgo ambientales que contribuyen al desarrollo de cáncer infantil

CUESTIONARIO PARA LA MADRE

	Esencial	Util pero no Esencial	No esencial	CV R	CV R'
EXPOSICIÓN A TABACO					
1. ¿Alguna vez en su vida ha fumado al menos un cigarrillo por día, por un periodo de tres meses o más?	1	1	1	- 0.33	0.33
2. ¿Fuma o alguna vez ha fumado habitualmente? (al menos una vez al día durante al menos 6 meses)	1	1	1	- 0.33	0.33
3. ¿Actualmente usted fuma?	1	1	1	- 0.33	0.33
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	1	1	1	- 0.33	0.33
5. ¿Cuántos cigarrillos fuma por semana?	1	1	1	- 0.33	0.33
6. ¿A qué edad empezó a fumar regularmente?	1	1	1	- 0.33	0.33
7. Al empezar a fumar, ¿Cuántos cigarrillos fumaba en promedio por...?		2	1	-1	0
8. ¿Durante algún tiempo de su vida dejó de fumar		1	2	-1	0
9. ¿Durante cuánto tiempo (años) dejó de fumar?		1	2	-1	0
10. ¿Dejó de fumar definitivamente?		1	2	-1	0
11. ¿Cuántos años tenía cuando dejó de fumar definitivamente?		1	2	-1	0
12. ¿En qué año dejó de fumar definitivamente?		1	2	-1	0
13. Durante toda su vida, ¿Cuántos años ha fumado?		1	2	-1	0
14. ¿Fumó en el año anterior a quedar embarazada?	3			1	1
15. ¿Usted fumaba antes de saber que estaba embarazada?	3			1	1
16. En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día?	2		1	1	0.66
17. En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana?	2	1		.33	0.66
18. En promedio, ¿Cuántas veces fumaba al mes?	1		2	- 0.33	0.33
19. ¿Fumó incluso ocasionalmente cuando estaba embarazada?	3			1	1
20. ¿Durante qué trimestre(s) del embarazo fumó?	2	1		0.33	0.66
21. En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día en cada trimestre?	1	2		- 0.33	0.33
22. En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana en cada trimestre?	1	2		- 0.33	0.33
23. En promedio, ¿Cuántas veces fumaba al mes en cada trimestre?	1	2		- 0.33	0.33
24. ¿Durante la lactancia del niño(a) usted fumó?	3			1	1
25. ¿Durante qué periodo de la lactancia fumó?	1	2		- 0.33	0.33
26. En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día en cada periodo?	1	1	1	- 0.33	0.33
27. En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana en cada periodo?	2	1		0.33	0.66
28. En promedio, ¿Cuántas veces fumaba al mes en cada periodo?	1	1	1	- 0.33	0.33
29. Antes del embarazo, ¿Estuvo en contacto con personas que fumaban?	1	1	1	- 0.33	0.33
30. Aproximadamente, ¿Cuántos cigarrillos fumaban frente a usted?	1	1	1	- 0.33	0.33
31. Un año antes de su embarazo, ¿Estuvo en contacto con personas mientras fumaban? Descartar la posibilidad de exposición esporádica en la calle	1	1	1	- 0.33	0.33
32. En promedio, ¿Cuántas veces estuvo expuesta al día?	1		2	- 0.33	0.33

33. En promedio, ¿Cuántos días a la semana estuvo en contacto con personas mientras fumaban?	1		2	-0.33	0.33
34. En promedio, ¿Cuántas veces al mes estuvo en contacto con personas mientras fumaban?	1		2	-0.33	0.33
35. ¿Durante el embarazo de su hijo estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban?	2		1	0.33	0.66
36. ¿Durante qué trimestre (s) estuvo expuesta?	1	1	1	-0.33	0.33
37. En promedio, ¿Cuántas veces estuvo expuesta a la semana? Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada trimestre.	1		2	-0.33	0.33
38. ¿Durante la lactancia del niño(a) usted estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban?	1	1	1	-0.33	0.33
39. ¿Durante qué periodo de la lactancia estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban?	1	1	1	-0.33	0.33
40. En promedio, ¿Cuántas veces a la semana estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban? Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada periodo.	1	1	1	-0.33	0.33
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS					
41. ¿Alguna vez en su vida ha tomado al menos dos bebidas alcohólicas al mes durante un año o más?	1	1	1	-0.33	0.33
42. ¿A qué edad empezó a tomar bebidas alcohólicas?		2	1	-1	0
43. En promedio, ¿Durante toda su vida cuántos años ha consumido alcohol?		1	1	-1	0
44. Antes del embarazo, ¿Tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, Presidencola, Boones, El Jimador New Mix, y similares)		2	1	-1	0
45. Antes del embarazo, ¿Con qué frecuencia tomó usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida?	1	1	1	-0.33	0.33
46. Antes del embarazo ¿Dígame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?		2	1	-1	0
47. Antes del embarazo, ¿Qué tipo de bebida prefirió usted tomar?		1	2	-1	0
Un año antes del embarazo de su hijo, ¿Con qué frecuencia bebió...?					
48. 1 vaso Cerveza	1	1	1	-0.33	0.33
49. Caribe cooler u otras bebidas mezcladas similares.	1	1	1	-0.33	0.33
50. Licores artesanales	1	1	1	-0.33	0.33
51. 1 vaso de vino de mesa	1	1	1	-0.33	0.33
52. Bebida con Ron	1	1	1	-0.33	0.33
53. Bebida c/Brandy	1	1	1	-0.33	0.33
54. Bebida c/Whisky	1	1	1	-0.33	0.33
55. Bebida c/Vodka	1	1	1	-0.33	0.33
56. Bebida c/Coñac	1	1	1	-0.33	0.33
57. 1 vaso de Pulque	1	1	1	-0.33	0.33
58. 1 copa de Tequila	1	1	1	-0.33	0.33
59. Fourloko o similares	1	1	1	-0.33	0.33
60. Otra Especificar	1	1	1	-0.33	0.33
61. ¿Bebió un mes antes de quedar embarazada?	3			1	1
62. Temprano en su embarazo, antes de saber que estaba embarazada, ¿Tomó bebidas alcohólicas?	3			1	1
63. ¿Dejó de tomar por estar embarazada o intentar embarazarse?	3			1	1

64. ¿Bebió bebidas alcohólicas desde el momento en que descubrió que estaba embarazada hasta que su hijo nació?	2	1		0.33	0.66
65. Durante el embarazo, ¿Tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, Boones o similares)	2			0.33	0.66
66. Durante el embarazo, ¿Con qué frecuencia tomó usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida?	1	1	1	- 0.33	0.33
67. Durante el embarazo ¿Digame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?	2	1		0.33	0.66
68. Durante el embarazo, ¿Qué tipo de bebida prefirió usted tomar?	1	1	1	- 0.33	0.33
69. Durante el embarazo, ¿Con qué frecuencia tomó 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	2	1		0.33	0.66
Durante el embarazo, cuál fue su consumo promedio de veces por semana de...					
70. 1 vaso Cerveza	1	1	1	- 0.33	0.33
71. Caribe coolers u otras bebidas mezcladas	1	1	1	- 0.33	0.33
72. Licores artesanales	1	1	1	- 0.33	0.33
73. 1 vaso de vino de mesa	1	1	1	- 0.33	0.33
74. Bebida c/Ron	1	1	1	- 0.33	0.33
75. Bebida c/Brandy	1	1	1	- 0.33	0.33
76. Bebida c/Whisky	1	1	1	- 0.33	0.33
77. Bebida c/Vodka	1	1	1	- 0.33	0.33
78. Bebida c/Coñac	1	1	1	- 0.33	0.33
79. 1 vaso de Pulque	1	1	1	- 0.33	0.33
80. 1 copa de Tequila	1	1	1	- 0.33	0.33
81. Fourloko	1	1	1	- 0.33	0.33
82. Otra Especificar	1	1	1	- 0.33	0.33
83. ¿Durante la lactancia de su hijo usted tomó bebidas alcohólicas?	2	1		0.33	0.66
84. Durante la lactancia, ¿Con qué frecuencia tomó usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol – ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida?	2	1		0.33	0.66
85. Durante la lactancia de su hijo, ¿Digame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?	1	1	1	- 0.33	0.33
86. Durante la lactancia de su hijo, ¿Qué tipo de bebida prefirió usted tomar?	2		1	0.33	0.66
87. Durante el periodo de lactancia, ¿Con qué frecuencia tomó 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?	2	1		0.33	0.66
Durante la lactancia de su hijo, cuál fue su consumo promedio de veces por semana de...					
88. 1 vaso Cerveza	1	1	1	- 0.33	0.33
89. Caribe cooler u otras bebidas mezcladas	1	1	1	- 0.33	0.33
90. Licores artesanales	1	1	1	- 0.33	0.33
91. 1 vaso de vino de mesa	1	1	1	- 0.33	0.33
92. Bebida c/Ron	1	1	1	- 0.33	0.33
93. Bebida c/Brandy	1	1	1	- 0.33	0.33
94. Bebida c/Whisky	1	1	1	- 0.33	0.33

95. Bebida c/Vodka	1	1	1	-0.33	0.33
96. Bebida c/Coñac	1	1	1	-0.33	0.33
97. 1 vaso de Pulque	1	1	1	-0.33	0.33
98. 1 copa de Tequila	1	1	1	-0.33	0.33
99. Fourloko	1	1	1	-0.33	0.33
100. Otra Especificar	1	1	1	-0.33	0.33
101. ¿Actualmente consume bebidas alcohólicas?		2	1	-1	0
EXPOSICIÓN A RADIACIÓN					
102. ¿Le realizaron alguno de los siguientes estudios?... (antes del embarazo, durante el embarazo)					
103. Radiografías	3			1	1
104. Ultrasonidos	3			1	1
105. Tomografías	3			1	1
106. Resonancia magnética	3			1	1
107. Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste	3			1	1
108. Radiografías dentales	3			1	1
109. ¿Alguna vez ha trabajado en lugares donde usted ha estado expuesta a radiación o materiales radioactivos?	3			1	1
110. ¿Ha utilizado un aditamento para medir la radiación?	3			1	1
111. ¿Cuál fue su trabajo?	3			1	1
112. ¿Por cuántos años trabajó en ese lugar?	3			1	1
113. ¿Por cuántos días a la semana?	3			1	1
114. ¿Durante el embarazo de su hijo dejó de trabajar en ese lugar?	3			1	1
115. ¿Alguna vez la sacaron del trabajo porque estuvo expuesto a una dosis excesiva de radiación?	3			1	1
116. En caso afirmativo, ¿En qué fecha se retiró?	3			1	1
117. ¿Qué dosis recibió?	2	1		0.33	0.66
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS DE LA MADRE					
118. ¿Cuántas veces ha estado embarazada en total, incluidos nacimientos vivos, mortinatos, abortos espontáneos, abortos, embarazos molares y embarazos tubárico o ectópicos?	3			1	1
119. ¿Cuántos años tenía cuando se embarazó la primera vez?	3			1	1
120. De los embarazos que ha tenido, ¿Qué número es su hijo?	3			1	1
121. Ahora, pensando en su primer embarazo (SEGUNDO, TERCERO, ETC.) el resultado de ese embarazo fue ¿Un nacimiento vivo, nacido muerto, aborto espontáneo, aborto, embarazo molar o embarazo tubárico o ectópico?	3			1	1
122. ¿Cuántos partos ha tenido?	3			1	1
123. ¿Cuántos hijos tuvo (solo embarazos completados)?	3			1	1
124. ¿Cuántas cesáreas ha tenido?	2		1	0.33	0.66
125. ¿Ha tenido embarazos que no se completaron debido a un aborto espontáneo o aborto terapéutico?	3			1	1
126. ¿Cuántos abortos ha tenido?	2	1		0.33	0.66
EXPOSICIÓN A PESTICIDAS					
127. Un mes antes de que se embarazara, ¿Entró en contacto con algún producto para controlar insectos domésticos utilizados en su casa o apartamento (mosquitos, moscas, hormigas, tiras anti-plagas, trampas para hormigas o cebos para cucarachas)?	2	1		0.33	0.66

(Esto incluiría manipular el producto, tenerlo en las áreas habitables de su hogar o estar lo suficientemente cerca como para olerlo)					
128. ¿Un mes antes de que se embarazara, cuántas veces estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66
129. Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66
130. ¿Cuántas veces?	2	1		0.33	0.66
131. Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66
132. ¿Cuántas veces?	2	1		0.33	0.66
133. Un mes antes de que quedara embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en el hogar para controlar ratones, ratas, topos como D-Con, Ratidel -B, Brometalina, Bromadiolona o Warfarina (coumadin), arsénico?	2	1		0.33	0.66
(Esto incluiría manipular el producto, tenerlo en las áreas habitables de su hogar o estar lo suficientemente cerca como para olerlo)					
134. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66
135. Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto?	3			1	1
136. ¿Cuántas veces?	3			1	1
137. Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto?	3			1	1
138. ¿Cuántas veces?	3			1	1
139. Un mes antes de que se embarazara, ¿Estuvo en contacto con productos para el hogar y jardín utilizados alrededor de la casa o apartamento como productos para controlar el crecimiento de pasto o dientes de león, productos para controlar caracoles o babosas y tratamientos para las plantas o arboles contra enfermedades o insectos (nombres comerciales: Trompa Pellets, Termidel, Control 24D, Raid Casa y Jardín, Raid Acción Total, Raid mata moscas y mosquitos, Raid Max (Imidacloprid, Abamectina, Lactona macrocíclica, clorpirifos etil, Praletrina Fenotrina, Imiprotina, Cipermetrina, Tetrametrina) ?	3			1	1
140. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66
141. Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto?	3			1	1
142. ¿Cuántas veces?	2	1		0.33	0.66
143. Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66
144. ¿Cuántas veces?	2	1		0.33	0.66
145. Un mes antes de que quedara embarazara, ¿Su piel entró en contacto con algún tipo de repelente para insectos como Raid repelente líquido (Praletrina), OFF Repelente de insectos (DEET-N,N-Dietil-meta-toluamida) ?	3			1	1
146. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66
147. Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto?	3			1	1
148. ¿Cuántas veces?	1	2		- 0.33	0.33
149. Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto?	2	1		- 0.33	0.33
150. ¿Cuántas veces?	2	1		0.33	0.66
151. Un mes antes de su embarazo, ¿Entró en contacto con productos utilizados en su hogar para controlar las pulgas o garrapatas, tales como Bravecto, Bayopet, Baytico (flumetrina), Rokach, Holiday, Four Fone Foggers o collares antipulgas para mascotas?	3			1	1
152. ¿Cuántas veces?	2	1		0.33	0.66
153. ¿Y durante el embarazo?	3			1	1
154. ¿Cuántas veces?	2	1		0.33	0.66
155. ¿Y durante el periodo de lactancia?	3			1	1
156. ¿Cuántas veces?	2	1		0.33	0.66
157. Un mes antes de que quedara embarazada, ¿Su casa o apartamento fue tratada por fumigadores profesionales o por usted mismo?	3			1	1

158.	¿Cuántas veces fue tratada su casa o apartamento por fumigadores o por usted mismo?	3			1	1
159.	Y durante el embarazo, ¿Su casa fue tratada por fumigadores o por usted mismo?	3			1	1
160.	¿Cuántas veces?	3			1	1
161.	Y durante el periodo de lactancia, ¿Su casa fue tratada por fumigadores o por usted mismo?	3			1	1
162.	¿Cuántas veces?	3			1	1
163.	¿Su casa estaba o está cerca o en una granja o rancho, campos cultivados o de una granja de animales?	3			1	1
164.	¿Sabe sí en esos campos utilizaban pesticidas?	3			1	1
165.	¿Trabajó en actividades como aplicaciones de pesticidas o herbicidas, dentro de campos o granjas de animales, incluso ocasionalmente?	3			1	1
EXPOSICIÓN A PRODUCTOS DERIVADOS DE PETRÓLEO						
166.	Un mes antes de su embarazo, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	3			1	1
167.	¿Estuvo expuesta a gasolina?	3			1	1
168.	¿Estuvo expuesta a Diesel?	3			1	1
169.	¿Estuvo expuesta a queroseno?	3			1	1
170.	¿Estuvo expuesta a algún tipo de aceite lubricante?	3			1	1
171.	¿Estuvo expuesta a removedores de manchas?	2	1		0.33	0.66
172.	En total, Un mes antes de su embarazo ¿cuántas veces estuvo expuesta a los productos antes mencionados?	2	1		0.33	0.66
173.	Durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	3			1	1
174.	¿Estuvo expuesta a gasolina?	3			1	1
175.	¿Estuvo expuesta a Diesel?	3			1	1
176.	¿Estuvo expuesta a queroseno?	3			1	1
177.	¿Estuvo expuesta a algún tipo de aceite lubricante?	3			1	1
178.	¿Estuvo expuesta a removedores de manchas?	3			1	1
179.	En total, ¿Durante el embarazo, cuántas veces estuvo expuesta a los productos antes mencionados?	3			1	1
180.	Durante la lactancia de su hijo usted, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	3			1	1
181.	¿Estuvo expuesta a gasolina?	3			1	1
182.	¿Estuvo expuesta a Diesel?	3			1	1
183.	¿Estuvo expuesta a queroseno?	3			1	1
184.	¿Estuvo expuesta a algún tipo de aceite lubricante?	3			1	1
185.	¿Estuvo expuesta a removedores de manchas?	3			1	1
186.	En total, ¿Durante la lactancia, cuántas veces estuvo expuesta a los productos antes mencionados?	3			1	1
187.	Un mes antes del embarazo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)	3			1	1
188.	¿Estuvo expuesta o en contacto con cualquier tipo de pinturas?	3			1	1
189.	¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de laca?	3			1	1
190.	¿Estuvo expuesta o en contacto con thinner (diluyente de pintura)?	3			1	1
191.	¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de tinte?	3			1	1
192.	En total, un mes antes del embarazo, ¿cuántos días estuvo en contacto con estos productos un mes antes del embarazo?	3			1	1
193.	Durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo	3			1	1

	de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)					
194.	¿Estuvo expuesta o en contacto con pinturas de aceite?	3			1	1
195.	¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de laca?	3			1	1
196.	¿Estuvo expuesta o en contacto con thinner?	3			1	1
197.	¿Estuvo expuesta o contacto con algún tipo de tinte?	3			1	1
198.	En total, durante el embarazo, ¿cuántas veces (días) estuvo expuesta?	3			1	1
199.	Durante la lactancia de su hijo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)	3			1	1
200.	¿Estuvo expuesta o en contacto con pinturas de aceite?	3			1	1
201.	¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de laca?	3			1	1
202.	¿Estuvo expuesta o en contacto con thinner?	3			1	1
203.	¿Estuvo expuesta o contacto con algún tipo de tinte?	3			1	1
204.	En total, durante la lactancia, ¿cuántas veces (días) estuvo expuesta?	3			1	1
205.	¿Con respecto al tráfico de automóviles y otros vehículos, ¿Cómo define el área donde se encuentra su casa?	2		1	0.33	0.66
206.	La siguiente pregunta se refiere a calle o avenidas que rodean su casa o edificio ¿Cómo considera el tipo de camino?	2		1	0.33	0.66
207.	¿Hay intersecciones a menos de 100 m de su casa?	2		1	0.33	0.66
208.	¿Cuántas intersecciones hay a 100 m de su casa?	1		2	-1	0
209.	¿Hay semáforos en un radio de 100 m de su casa?	1		2	-1	0
210.	¿Cuántos semáforos hay?	1		2	-1	0
211.	¿Las colas de tráfico se forman dentro de los primeros 100 m de su casa?	2		1	0.33	0.66
212.	¿Por cuántas horas se forma el tráfico?	2		1	0.33	0.66
213.	¿Cuántas ventanas de su casa dan a la calle donde está expuesta al tráfico?	2		1	0.33	0.66
214.	Dentro de un radio de 100m de la casa, ¿Circula alguna ruta de autobuses, microbuses, combis, mototaxis, peseros o metrobús?	2			0.33	0.66
ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER						
215.	¿Tiene algún familiar directo (padres o hermanos) que tenga o haya tenido algún tipo de cáncer?	2		1	0.33	0.66
216.	¿Quiénes presentaron cáncer y de qué tipo?	2		1	0.33	0.66
	Padre	2		1	0.33	0.66
	Madre	2		1	0.33	0.66
	Hermanos	2		1	0.33	0.66
CONSUMO MATERNO DE CAFÉ						
217.	¿Bebió CAFÉ incluso ocasionalmente durante el embarazo?	2	1		0.33	0.66
218.	¿Cuántas TAZAS DE CAFÉ bebió por día durante el embarazo?	2	1		0.33	0.66
219.	¿Cuántas tazas de café bebió por día semana durante el embarazo?	2	1		0.33	0.66
220.	Durante el embarazo, ¿Con qué frecuencia bebió café descafeinado?	2		1	0.33	0.66
221.	¿Bebió CAFÉ incluso ocasionalmente cuanto estaba lactando?	2	1		0.33	0.66
222.	¿Cuántas TAZAS DE CAFÉ bebió por día durante la lactancia?	2	1		0.33	0.66
223.	¿Cuántas TAZAS DE CAFÉ bebió por semana durante la lactancia?	2		1	0.33	0.66

CUESTIONARIO PARA EL PADRE

	Esencial	Util pero no Esencial	No esencial	CV R	CV R'
1. ¿Alguna vez en su vida ha fumado al menos un cigarrillo por día, por un periodo de tres meses o más?	1	1	1	-0.33	0.33
2. ¿Fuma o alguna vez ha fumado habitualmente? (al menos una vez al día durante al menos 6 meses)	1	1	1	-0.33	0.33
3. ¿Actualmente usted fuma?	1	1	1	-0.33	0.33
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día?	1	1	1	-0.33	0.33
5. ¿Cuántos cigarrillos fuma por semana?		1	2	-1	0
6. ¿A qué edad empezó a fumar regularmente?		1	2	-1	0
7. Al empezar a fumar, ¿Cuántos cigarrillos fumaba en promedio por...?		1	2	-1	0
8. ¿Durante algún tiempo de su vida dejó de fumar (años)?		1	2	-1	0
9. ¿Durante cuántos años dejó de fumar?		1	2	-1	0
10. ¿Dejó de fumar definitivamente?		1	2	-1	0
11. ¿Cuántos años tenía cuando dejó de fumar definitivamente?		1	2	-1	0
12. ¿En qué año dejó de fumar definitivamente?		1	2	-1	0
13. Durante toda su vida, ¿Cuántos años ha fumado?		1	2	-1	0
14. ¿Fumó un año antes de que su pareja quedara embarazada?	1	1	1	-0.33	0.33
15. En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día?	1		2	-0.33	0.33
16. En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana?	1		2	-0.33	0.33
17. En promedio, ¿Cuántas veces fumaba al mes?	1		2	-0.33	0.33
18. Antes del embarazo de su pareja, ¿Estuvo en contacto con personas mientras fumaban? Descartar la posibilidad de exposición esporádica en la calle	1	1	1	-0.33	0.33
19. Aproximadamente, ¿Cuántos cigarrillos fumaban frente a usted?	1	1	1	-0.33	0.33
20. ¿Un año antes de que su pareja quedara embarazada, estuvo en contacto con personas mientras fumaban?	1	1	1	-0.33	0.33
21. En promedio, ¿Cuántas veces estuvo expuesto al día?	1		2	-0.33	0.33
22. En promedio, ¿Cuántos días a la semana estuvo en contacto con personas mientras fumaban?	1		2	-0.33	0.33
23. En promedio, ¿Cuántas veces al mes estuvo en contacto con personas mientras fumaban?	1		2	-0.33	0.33
ALCOHOLISMO DEL PADRE ANTES DEL EMBARAZO					
24. ¿Alguna vez en su vida ha tomado al menos dos bebidas alcohólicas al mes durante un año o más?	2		1	0.33	0.66
25. ¿A qué edad empezó a tomar bebidas alcohólicas?	1		2	-0.33	0.33
26. En promedio, ¿Durante toda su vida cuántos años ha consumido alcohol?	1		2	-0.33	0.33
27. Antes del embarazo de su pareja, ¿Tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, Boones, El Jimador New Mix, y similares)	1		2	-0.33	0.33
28. Antes del embarazo de su pareja, ¿Con qué frecuencia tomó usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol – ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida?	1		2	-0.33	0.33
29. Antes del embarazo de su pareja ¿Dígame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?	1		2	-0.33	0.33
30. Antes del embarazo de su pareja, ¿Qué tipo de bebida prefirió usted tomar?	1		2	-0.33	0.33
Un año antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Con qué frecuencia bebió...?					
31. 1 vaso Cerveza	1		2	-0.33	0.33
32. Caribe coolers u otras bebidas mezcladas similares	1		2	-0.33	0.33

33. Licores artesanales	1		2	- 0.33	0.33
34. 1 vaso de vino de mesa	1		2	- 0.33	0.33
35. Bebida c/Ron	1		2	- 0.33	0.33
36. Bebida c/Brandy	1		2	- 0.33	0.33
37. Bebida c/Whisky	1		2	- 0.33	0.33
38. Bebida c/Vodka	1		2	- 0.33	0.33
39. Bebida c/Coñac	1		2	- 0.33	0.33
40. 1 vaso de Pulque	1		2	- 0.33	0.33
41. 1 copa de Tequila	1		2	- 0.33	0.33
42. Fourloko o similares	1		2	- 0.33	0.33
43. Otra Especificar	1		2	- 0.33	0.33

EXPOSICIÓN A RADIACIÓN

44. Al año previo al embarazo de la madre de su hijo, ¿Le realizaron a usted alguno de los siguientes estudios?	3			0.33	0.66
Radiografías	2		1	0.33	0.66
Ultrasonidos	2		1	0.33	0.66
Tomografías	2		1	0.33	0.66
Resonancia magnética	2		1	0.33	0.66
Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste	2		1	0.33	0.66
Radiografías dentales	2		1	0.33	0.66
45. ¿Alguna vez ha trabajado en ocupaciones con exposición a radiación o materiales radioactivos?	3			1	1
46. ¿Ha utilizado un aditamento para medir la radiación?	3			1	1
47. ¿Cuál fue su trabajo?	3			1	1
48. ¿Por cuántos años trabajó en ese lugar?	3			1	1
49. ¿Por cuántos días a la semana?	3			1	1
50. ¿Durante el embarazo de su hijo dejó de trabajar en ese lugar?	2	1		0.33	0.66
51. ¿Alguna vez lo sacaron del trabajo porque estuvo expuesto a una dosis excesiva de radiación?	3			1	1
52. En caso afirmativo, ¿En qué fecha se retiró?	3			1	1
53. ¿Qué dosis recibió?	2	1		0.33	0.66

EXPOSICIÓN A PESTICIDAS

54. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Entró en contacto con algún producto para controlar insectos domésticos utilizados en su casa o apartamento (mosquitos, moscas, hormigas, tiras anti-plagas, trampas para hormigas o cebos para cucarachas)?	3			1	1
(Esto incluiría manipular el producto, tenerlo en las áreas habitables de su hogar o estar lo suficientemente cerca como para olerlo)					
55. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	3			1	1
56. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en el hogar para controlar ratones, ratas, topes como D-Con Ratidel -B, Brometalina, Bromadiolona o Warfarina (coumadin) o arsénico?	3			1	1
(Esto incluiría manipular el producto, tenerlo en las áreas habitables de su hogar o estar lo suficientemente cerca como para olerlo)					
57. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66

58. Un mes antes de que su pareja quedara embarazara, ¿Estuvo en contacto con productos para el hogar y jardín utilizados alrededor de la casa o apartamento como productos para controlar el crecimiento de pasto o dientes de león, productos para controlar caracoles o babosas y tratamientos para las plantas o arboles contra enfermedades o insectos (nombres comerciales: trompa Pellets, Termidel, Control 24D, Raid casa y Jardín, Raid Acción Total, Raid mata moscas y mosquitos, Raid Max (Imidacloprid, Abamectina, Lactona macrocíclica, clorpirifos etil, Praletrina Fenotrina, Imiprotina, Cipermetrina, Tetrametrina)?	3			1	1
59. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66
60. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Su piel entró en contacto con algún tipo de repelente para insectos como Raid repelente líquido (Praletrina), OFF Repelente de insectos (DEET-N, N-Dietil-meta-toluamida)?	3			1	1
61. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66
62. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en su hogar para controlar las pulgas o garrapatas, tales como Bravecto, Bayopet, Baytico (flumetrina), Rokach, Holiday, Four Fone Foggers o collares antipulgas para mascotas?	3			1	1
63. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	2	1		0.33	0.66
64. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Su casa o apartamento fue tratada por fumigadores profesionales o por usted mismo?	3			1	1
65. ¿Cuántas veces fue tratada su casa o apartamento?	2	1		0.33	0.66
66. ¿Su casa estaba cerca o en una granja, rancho, campos cultivados o de una granja de animales?	3			1	1
67. ¿Sabe sí en esos campos utilizaban pesticidas?	3			1	1
68. ¿Trabajó en actividades como aplicaciones de pesticidas o herbicidas, dentro de campos o granjas de animales?	3			1	1
EXPOSICIÓN A PRODUCTOS DERIVADOS DE PETRÓLEO					
69. Un mes antes del embarazo de su pareja ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	3			1	1
70. ¿Estuvo expuesto a gasolina?	2		1	0.33	0.66
71. ¿Estuvo expuesto a Diesel?	2		1	0.33	0.66
72. ¿Estuvo expuesto a queroseno?	2		1	0.33	0.66
73. ¿Estuvo expuesto a algún tipo de aceite lubricante?	2		1	0.33	0.66
74. ¿Estuvo expuesto a removedores de manchas?	2		1	0.33	0.66
75. En total, un mes antes del embarazo de su pareja ¿Cuántas veces estuvo expuesto a los productos antes mencionados?	2		1	0.33	0.66
76. Un mes antes del embarazo de su pareja, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)	2		1	0.33	0.66
77. ¿Estuvo expuesto o en contacto con cualquier tipo de pinturas?	3			1	1
78. ¿Estuvo expuesto o en contacto con algún tipo de laca?	2	1		0.33	0.66
79. ¿Estuvo expuesto o en contacto con thinner (diluyente de pintura)?	2	1		0.33	0.66
80. ¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de tinte?	2	1		0.33	0.66
81. En total, ¿Cuántos días estuvo en contacto con estos productos un mes antes del embarazo?	2		1	0.33	0.66
82. Con respecto al tráfico de automóviles y otros vehículos, ¿Cómo define el área donde se encuentra su casa?	2		1	0.33	0.66
83. La siguiente pregunta se refiere a calle o avenidas que rodean su casa ¿Cómo considera el tipo camino?	1		2	- 0.33	0.33
84. ¿Hay intersecciones a menos de 100m de la casa?	1		2	- 0.33	0.33

85. ¿Cuántas intersecciones hay a 100 m de su casa?	1		2	- 0.33	0.33
86. ¿Hay semáforos en un radio de 100 m de la casa?	1		2	- 0.33	0.33
87. ¿Cuántos semáforos hay?	1		2	- 0.33	0.33
88. ¿Las colas de tráfico se forman dentro de los primeros 100 m de la casa?	1		2	- 0.33	0.33
89. ¿Por cuántas horas se forma el tráfico?	1		2	- 0.33	0.33
90. ¿Cuántas ventanas de su casa dan a la calle donde está expuesto al tráfico?	1		2	- 0.33	0.33
91. Dentro de un radio de 100m de la casa ¿Circula alguna ruta de autobuses, microbuses, combis, mototaxis, peseros o metrobús?	1		2	- 0.33	0.33

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER

92. ¿Tiene algún familiar directo que tenga o haya tenido algún tipo de cáncer?	2		1	0.33	0.66
93. ¿Quiénes presentaron cáncer y de qué tipo?					
Padre	1		2	- 0.33	0.33
Madre	1		2	- 0.33	0.33
Hermanos	1		2	- 0.33	0.33

CUESTIONARIO PARA EL HIJO

	Esencial	Util pero no Esencial	No esencial	CV R	CV R'
--	----------	-----------------------	-------------	------	-------

EXPOSICIÓN A RADIACIÓN

¿Al niño(a) le han tomado?... Radiografías	3			1	1
Ultrasonidos	3			1	1
Tomografías	3			1	1
Resonancia magnética	3			1	1
Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste	3			1	1
Radiografías dentales	3			1	1

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DEL NIÑO

¿El niño tiene algún familiar directo u otros familiares que tenga o haya padecido algún tipo de cáncer?					
¿Quiénes presentaron cáncer y de qué tipo?					
1. Padre	2			0.33	0.66
2. Madre	2			0.33	0.66
3. Hermanos	2			0.33	0.66
4. Tíos paternos	2			0.33	0.66
5. Tíos maternos	2			0.33	0.66
6. Abuelos paternos	2			0.33	0.66
7. Abuelos maternos	2			0.33	0.66

EXPOSICIÓN A PESTICIDAS

8. ¿Alguna vez ha estado presente el niño en tratamientos de fumigación con pesticidas?	3			1	1
9. ¿Qué edad tenía el niño durante la aplicación?	3			1	1
10. ¿Cuántas veces estuvo presente?	3			1	1
11. ¿Alguna vez el niño ha estado presente en aplicaciones de insecticidas?	3			1	1
12. ¿Qué edad tenía el niño durante la aplicación?	3			1	1
13. ¿Cuántas veces estuvo presente?	3			1	1

EXPOSICIÓN RESIDENCIAL DEL NIÑO

14. ¿A qué distancia está el domicilio o la escuela del niño de...?					
15. Fábricas	2			0.33	0.66
16. Plantas de Luz	2			0.33	0.66
17. Cables de alta tensión	2			0.33	0.66
18. Torres de alta tensión	2			0.33	0.66
19. Transformadores de luz	2			0.33	0.66
20. Refinerías de petróleo	2			0.33	0.66
21. Gasolineras	2			0.33	0.66
22. Basureros municipales	2			0.33	0.66

TABAQUISMO DEL NIÑO

23. ¿El niño(a) ha fumado? No aplica esta pregunta para niños menores de 10 años. Preguntar directamente al niño si es mayor de 11 años y puede contestar, sino a la madre	3			1	1
24. ¿Desde qué edad empezó a fumar el niño?	3			1	1
25. ¿Su hijo(a) ha estado presente con personas mientras fuman?	2	1		0.33	0.66
26. ¿El niño(a) ha estado expuesto con el humo del tabaco de alguna de estas personas?	2	1		0.33	0.66
27. En promedio, ¿Cuántas horas a la semana ha estado expuesto su hijo al humo de tabaco con esa persona?	2	1		0.33	0.66

Anexo 3.
CONSENTIMIENTO INFORMADO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN



VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE CÁNCER INFANTIL

Investigador principal: **Socorro Aída Borges Yáñez.**

Investigador corresponsable: **Adrián Rodríguez Hernández**

Sede donde se realizará el estudio: **Fundación Aquí Nadie se Rinde de la Ciudad de México en el año 2019**

Mi nombre es Adrián Rodríguez y pertenezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, en conjunto con la investigadora principal se realizará una investigación que tiene como fin diseñar un cuestionario que pueda identificar los posibles factores familiares y ambientales que afectan a los padres y madres, y su posible relación con el desarrollo de cáncer infantil. Dicho lo anterior, le hago una cordial invitación para participar en este estudio. Antes de que tome alguna decisión sobre la participación, le presentaré más adelante algunos aspectos importantes sobre el estudio. Este documento se conoce como consentimiento informado. Si en algún momento no soy claro, siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto para ayudarlo aclarando sus dudas al respecto. Una vez que haya leído esta carta de consentimiento y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme este documento, del cual se le entregará una copia firmada y fechada.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Diseñar un cuestionario con preguntas adecuadas y adaptadas para personas mexicanas, ayudará a identificar con mayor precisión cuales son los posibles factores ambientales a los cuales se exponen los padres, y si estos factores están asociados con el desarrollo de cáncer infantil. Contar con un cuestionario que permita conocer los factores a los que se expone las personas en México, permitirá que se realicen estudios que puedan medir de manera más precisa estos factores y promover la implementación estrategias de prevención y control de los factores identificados para disminuir el riesgo de cáncer infantil.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio al que les estamos invitando a participar es: diseñar y adecuar un cuestionario que permita conocer cuáles son los factores ambientales y familiares que posiblemente estén relacionados con el desarrollo de cáncer infantil, que se aplicará a padres y madres de niños con cáncer infantil que participen en la Fundación Aquí Nadie se Rinde (ANSER) en la Ciudad de México en el año 2019.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO

De manera personal, no recibirá un beneficio directo por participar en esta investigación. Sin embargo, esta información nos ayudará a diseñar un cuestionario que facilite la identificación de los posibles factores a los que se exponen los padres y madres y que podrían asociarse con el desarrollo de cáncer infantil. Es importante que sepa que no recibirá pago alguno por su participación

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

En caso de aceptar participar en el estudio, se le realizará una entrevista con preguntas sobre su edad, escolaridad, estado civil, lugar de residencia, nivel socioeconómico. Posteriormente se le realizará una entrevista en la que responderá las preguntas contenidas en el cuestionario.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO

Su participación no representa un riesgo ya que no se realizarán análisis o exámenes clínicos. Esta investigación, de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el Título Segundo (De los aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos) artículo 17, se clasifica entre las Investigaciones con Riesgo Mínimo.

ACLARACIONES

Es importante mencionarle que toda la información que usted nos proporcione y lo que observemos es completamente confidencial y solo será utilizada para los fines de este estudio. Además, usted puede decidir no participar y no habrá ninguna consecuencia desfavorable, así mismo, puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, su decisión será respetada en su integridad.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado anexa a este documento.

En caso de tener cualquier duda antes, durante o después de la realización de este estudio, puede comunicarse con Adrián Rodríguez al teléfono: 5542962918

POR FAVOR CONSERVE ESTA HOJA

**POR FAVOR CONSERVE ESTA
HOJA**

Hoja para el participante



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en este estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Por lo tanto, convengo en participar en este estudio de investigación

Recibí una copia firmada y fechada con esta forma de consentimiento.

Nombre y firma del participante Fecha
Domicilio actual:

Teléfono: _____

Nombre y firma del testigo 1 Fecha actual:

Domicilio:

Relación con el participante _____

Teléfono: _____

Nombre y firma del testigo 2 Fecha actual:

Domicilio:

Relación con el participante _____

Teléfono: _____

Esta parte debe ser completada por el Investigador:

He explicado al Sr(a).

La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Nombre y firma del investigador

Fecha

Por favor conserve esta hoja

Hoja para el participante

Anexo 4.
MANUAL DEL ENTREVISTADOR



**MAESTRÍA y
DOCTORADO**^{en}
Ciencias Médicas
Odontológicas
y de la Salud

Validación de un instrumento para la evaluación de factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de cáncer infantil

MANUAL DEL ENTREVISTADOR

FORMATO PARA LA ENTREVISTA

División de Estudios de Posgrado e Investigación
Facultad de Odontología, UNAM

Población de estudio

La población de estudio son padres y madres de niños con cáncer infantil que participen en la fundación Aquí Nadie se Rinde de la Ciudad de México

Descripción

El presente manual contiene la información que el entrevistador debe conocer para llevar a cabo las actividades correspondientes durante el proceso de la entrevista. El contenido del manual servirá de apoyo para el entrevistador durante el proceso de capacitación. Esta es una herramienta de trabajo que permitirá ayudar a desarrollar de manera adecuada cada una de las entrevistas por realizar, por lo que es importante que si se presenta alguna duda durante el proceso de las entrevistas no dude en consultar el manual las veces que sea necesario.

La entrevista

La entrevista es un encuentro de carácter cordial y respetuoso donde se establece un dialogo entre el informante y el entrevistador, se proporciona una explicación básica sobre el motivo de la entrevista y se realiza una serie de preguntas a cada participante con el objetivo de obtener la información deseada.

Importancia del entrevistador

El entrevistador ocupa un puesto importante, puesto que es el contacto directo con el informante, tiene la responsabilidad de obtener información de calidad requerida en los cuestionarios que se aplicarán tanto a la madre como al padre de niños con cáncer infantil seleccionados de la fundación Aquí Nadie se Rinde. Un buen desempeño se reflejará en los resultados.

Responsabilidades durante la entrevista

Hablar en voz alta y con pronunciación clara para que no haya confusión por parte del participante.

- Se debe conocer el instrumento de recolección de datos y tener presente los filtros que éste contenga.
- Se debe respetar el orden de las preguntas tal y como se presentan en el instrumento de recolección de datos.

- Se deben leer las preguntas tal y como están redactadas en el instrumento de recolección de información.
- Se debe proporcionar y pedir el consentimiento informado de cada uno de los participantes (madre y padre por separado).
- Se debe verificar que la fecha y el nombre del participante estén registrados de manera correcta y clara.
- Se debe verificar que cada formato esté completamente lleno, que no haya espacios vacíos (sin información).
- Considerar los aspectos todos los aspectos y recomendaciones dentro de este manual desde el inicio hasta el final de la entrevista.

Dinámica de trabajo en campo

En este apartado, se explican los aspectos generales que debe tener presente el entrevistador en la dinámica del trabajo de campo. También se exponen algunos de los problemas que pueden surgir, así como se plantean una serie de sugerencias que serán de utilidad

Contacto inicial

Es el momento en el que tienes el primer contacto con el informante. Debes presentarte con amabilidad y sencillez, esto te ayudará a mantener un ambiente de confianza y aceptación para lograr la cooperación del informante y obtener de esta manera información objetiva y de calidad. La confianza del informante depende de gran medida de la primera impresión que el entrevistado tenga de su persona. El arreglo personal es uno de los elementos que entra en juego en el momento del primer acercamiento. Además de la apariencia, se requiere crear una atmósfera cordial, que puedes lograr mostrando una actitud seria, amable y sencilla, de una persona en la que se puede confiar y hablar abiertamente.

Después de presentarte, y una vez que ha creado un ambiente de confianza, debes cuidar que se mantenga a lo largo de la entrevista.

Es indispensable que prestes atención al informante durante toda la entrevista. Obsérvelo a los ojos, procure mantenerse relajado, de ser posible sonriente, esto implicará que se transmita mayor seguridad.

Cuando el entrevistado exprese alguna duda, el encuestador deberá explicar lo más breve posible, siempre hablando con una dicción y volumen claros que le permitan

ser escuchado sin problemas y evitar cualquier confusión en el participante. También debes estar atento a las situaciones en las que el entrevistado muestre fastidio o cansancio. Pregúntale si desea continuar con la entrevista o proseguir en otro momento.

Control de la entrevista

En caso de que la entrevista se realice en el hogar de los participantes debes considerar lo siguiente: durante la entrevista puedes enfrentar situaciones imprevistas por las interrupciones de niños, visitas de vendedores y llamadas telefónicas, entre otras, pero recuerda que forman parte de la vida cotidiana de las personas, por lo que debes mantener siempre el control de la entrevista mediante la prudencia y paciencia requeridas.

Cuando el informante dé respuestas irrelevantes, haga comentarios o le dé vueltas al tema, no lo detengas de forma brusca o descortés, escucha lo que tenga que decir y después guíalo hacia la secuencia original de las preguntas del cuestionario.

Todos los argumentos y explicaciones que dé al participante deberán ser estudiados y reflexionados de manera previa, con el objetivo de lograr el mayor dominio posible de los mismos.

Ritmo

Al leer las preguntas procurar hacerlo siempre con claridad y a la misma velocidad. Debes identificar la capacidad de comprensión del entrevistado y con base en esto determinar el ritmo con el que debes hacer las preguntas. Si se establece una pausa para conversar con el informante, sé breve y no te extiendas demasiado en los comentarios.

Las preguntas del cuestionario se han redactado cuidadosamente para darles carácter neutral, es decir, no debe indicar, sugerir o inducir la respuesta al entrevistado en ningún momento.

Debe leer las preguntas tal y como están escritas en el instrumento de recolección de datos.

Debes respetar el orden de las preguntas y las instrucciones por cada cambio de sección del cuestionario

No muestres sorpresa, aprobación o desaprobación ante las respuestas con la expresión de tu rostro o con tu tono de voz.

En cualquier circunstancia, respuestas o comentarios por parte del informante, no emitas juicios valorativos a favor o en contra que puedan afectar o molestar a la persona.

Evitar manifestar opiniones personales sobre un tema; si la persona entrevistada solicita tu opinión, espera a que termine la entrevista para no influir las respuestas en algún sentido.

Es importante que por ningún motivo se haga cualquier tipo de promesa derivada de la entrevista.

Siempre debe agradecer al entrevistado su participación, aun cuando el participante no haya concluido la entrevista.

Despedida

Al terminar de aplicar los cuestionarios, revisa que la información esté completa y anuncia al informante el término de la entrevista, para concluir agradezca sutilmente al informante por su cooperación.

Anexo 5

Carta de aprobación por el comité de investigación y ética de la FO-UNAM.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

Ciudad Universitaria, Ciudad de México a 20 de mayo de 2019

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CIE/0208/05/2019

ASUNTO: Respuesta del Comité de Investigación y Ética de la
Facultad de Odontología, UNAM.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: *Validación de un instrumento para la evaluación de factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de cáncer infantil.*

RESPONSABLE: Dra. S. Aída Borges Yáñez

Dra. S. Aída Borges Yáñez:

Este Comité de Investigación y Ética, reunido el día 13 de mayo de 2019 a las 16:30, en la segunda sesión del Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Odontología del año 2019, llevada a cabo en la Sala de Juntas de la Subjefatura de Investigación, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología y estando presentes los siguientes miembros del CIEFO: Mtra. Ana Patricia Vargas Casillas, Dra. Ana María Wintergerst Lavín, Mtra. Raquel Yáñez Ocampo, Dr. Juan Pablo Méndez Blanco, Dr. Eduardo Llamosas Hernández y Dra. Socorro Aída Borges Yáñez.

Una vez que este Comité de Investigación y Ética llevó a cabo la evaluación del protocolo de investigación, formato de consentimiento informado y carta de consentimiento informado determinó que:

HA SIDO APROBADO Y SE OTORGA EL AVAL PARA REALIZARSE.

Ni el investigador principal, ni el corresponsable de la investigación tomaron parte en la decisión del comité.

ATENTAMENTE

Mtra. Ana Patricia Vargas Casillas

Presidenta del Comité de Investigación y Ética de
Facultad de Odontología



Anexo 6
VERSIÓN FINAL DEL CUESTIONARIO

CUESTIONARIO PARA LA MADRE

TABAQUISMO

A continuación, le haré unas preguntas para conocer si estuvo expuesta al tabaco antes, durante y después del embarazo, es importante aclararle que no existen respuestas buenas ni malas, si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

1. ¿Alguna vez en su vida ha fumado al menos un cigarrillo por día, por un periodo de tres meses o más? 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/ _ /
2. ¿Fuma o alguna vez ha fumado habitualmente? (al menos una vez al día durante al menos 6 meses) 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/ _ /
3. ¿Actualmente usted fuma? 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/ _ /

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 6

4. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día? 96) menos de un cigarrillo al día 88) No aplica	/ _ / / _ / cigarrillos
5. ¿Cuántos días fuma por semana? 8) No aplica	/ _ / días
6. ¿A qué edad empezó a fumar regularmente? 88) No aplica	/ _ / / _ / años
7. ¿Fumó en el año anterior a quedar embarazada? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe/No responde	/ _ /
8. ¿Usted fumaba antes de saber que estaba embarazada? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe/No responde	/ _ /
9. En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día? 96) Menos de uno al día 88) No aplica	/ _ / / _ /
10. En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana? 8) No aplica	/ _ / días
11. En promedio, ¿Cuántas veces fumaba al mes? 88) No aplica	/ _ / / _ / veces al mes
12. ¿Fumó incluso ocasionalmente cuando estaba embarazada? 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/ _ /

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 17

<p>13. ¿Durante qué trimestre(s) del embarazo fumó?</p> <p>0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe/No responde</p>	<p>1° Trimestre / /</p> <p>2° Trimestre / /</p> <p>3° Trimestre / /</p>
<p>14. En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día en cada trimestre?</p> <p>96) Menos de uno al día</p> <p>88) No aplica</p>	<p>1° Trimestre / / / /</p> <p>2° Trimestre / / / /</p> <p>3° Trimestre / / / /</p>
<p>15. En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana en cada trimestre?</p> <p>8) No aplica</p>	<p>1° Trimestre / /</p> <p>2° Trimestre / /</p> <p>3° Trimestre / /</p>
<p>16. En promedio, ¿Cuántas veces fumaba al mes en cada trimestre?</p> <p>88) No aplica</p>	<p>1° Trimestre / / / /</p> <p>2° Trimestre / / / /</p> <p>3° Trimestre / / / /</p>
<p>17. ¿Durante la lactancia del niño(a) usted fumó?</p> <p>0) No 1) Sí 9) No sabe no responde</p>	<p>/ /</p>
<p>Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 22</p>	
<p>18. ¿Durante qué periodo de la lactancia fumó?</p> <p>0) No 1) Sí 9) No sabe no responde</p>	<p>0-6 meses / /</p> <p>6 meses / 1° año / /</p> <p>+ de primer año / /</p>
<p>19. En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día en cada periodo?</p> <p>96) menos de uno al día</p> <p>88) No aplica</p>	<p>0-6 meses / / / /</p> <p>6 meses / 1° año / / / /</p> <p>+ de primer año / / / /</p>
<p>20. En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana en cada periodo?</p> <p>8) No aplica</p>	<p>0-6 meses / /</p> <p>6 meses / 1° año / /</p> <p>+ de primer año / /</p>
<p>21. En promedio, ¿Cuántas veces fumaba al mes en cada periodo?</p> <p>88) No aplica</p>	<p>0-6 meses / / / /</p> <p>6 meses / 1° año / / / /</p> <p>+ de primer año / / / /</p>

22. Antes del embarazo, ¿Estuvo en contacto con personas que fumaban? 0) No 1) Sí 9) No sabe no responde	/ _ /
23. Aproximadamente, ¿Cuántos cigarrillos fumaban frente a usted? 88) No aplica	/ _ / / _ / cigarrillos
24. Un año antes de su embarazo, ¿Estuvo en contacto con personas mientras fumaban? Descartar la posibilidad de exposición esporádica en la calle 0) No 1) Sí 9) No sabe no responde	/ _ /

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 27

25. En promedio, ¿Cuántas veces estuvo expuesta al día? 88) No aplica	/ _ / / _ / veces al día
26. En promedio, ¿Cuántos días a la semana estuvo en contacto con personas mientras fumaban? 8) No aplica	/ _ / días
27. ¿Durante el embarazo de su hijo estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban? 0) No 1) Sí 9) No sabe no responde	/ _ /

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 30

28. ¿Durante qué trimestre (s) estuvo expuesta? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe/No responde	1° Trimestre / _ / 2° Trimestre / _ / 3° Trimestre / _ /
29. En promedio, ¿Cuántas veces estuvo expuesta a la semana? Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada trimestre. 88) No aplica	1° Trimestre / _ / / _ / 2° Trimestre / _ / / _ / 3° Trimestre / _ / / _ /
30. ¿Durante la lactancia del niño(a) usted estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban? 0) No 1) Sí 9) No sabe no responde	/ _ /

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 33

31. ¿Durante qué periodo de la lactancia estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe/No responde	0-6 meses / _ / 6 meses / 1° año / _ / + de primer año / _ /
32. En promedio, ¿Cuántas veces a la semana estuvo en contacto con personas mientras ellas fumaban? Favor de indicar la cantidad en promedio correspondiente a cada periodo. 88) No aplica	0-6 meses / _ / / _ / 6 meses / 1° año / _ / / _ / + de primer año / _ / / _ /

ALCOHOLISMO

A continuación, le haré unas preguntas para saber el consumo de bebidas alcohólicas que tuvo antes, durante y después del embarazo. Si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

33. ¿Alguna vez en su vida ha tomado al menos dos bebidas alcohólicas al mes durante un año o más? 0) No 1) Sí 9) No sabe no responde	/ _ /
34. Antes del embarazo, ¿Tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, Presidencola, Boones, El Jimador New Mix, y similares) 0) No 1) Sí 9) No sabe no responde	/ _ /

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 38

35. Antes del embarazo, ¿Con qué frecuencia tomó usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="padding-left: 20px;">Tres o más veces al día</td><td style="text-align: right;">01</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Dos veces al día</td><td style="text-align: right;">02</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Una vez al día</td><td style="text-align: right;">03</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Casi todos los días (5-6 veces por semana)</td><td style="text-align: right;">04</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Tres o cuatro veces a la semana</td><td style="text-align: right;">05</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Una o dos veces a la semana</td><td style="text-align: right;">06</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Dos o tres veces al mes</td><td style="text-align: right;">07</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Aproximadamente una vez al mes</td><td style="text-align: right;">08</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">De siete a once veces al año</td><td style="text-align: right;">09</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">De tres a seis veces al año</td><td style="text-align: right;">10</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Dos veces al año</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Una vez al año</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">No aplica</td><td style="text-align: right;">88</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">NO SABE / NO CONTESTA</td><td style="text-align: right;">99</td></tr> </table>	Tres o más veces al día	01	Dos veces al día	02	Una vez al día	03	Casi todos los días (5-6 veces por semana)	04	Tres o cuatro veces a la semana	05	Una o dos veces a la semana	06	Dos o tres veces al mes	07	Aproximadamente una vez al mes	08	De siete a once veces al año	09	De tres a seis veces al año	10	Dos veces al año	11	Una vez al año	12	No aplica	88	NO SABE / NO CONTESTA	99	/ _ // _ /
Tres o más veces al día	01																												
Dos veces al día	02																												
Una vez al día	03																												
Casi todos los días (5-6 veces por semana)	04																												
Tres o cuatro veces a la semana	05																												
Una o dos veces a la semana	06																												
Dos o tres veces al mes	07																												
Aproximadamente una vez al mes	08																												
De siete a once veces al año	09																												
De tres a seis veces al año	10																												
Dos veces al año	11																												
Una vez al año	12																												
No aplica	88																												
NO SABE / NO CONTESTA	99																												
36. Antes del embarazo ¿Dígame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="padding-left: 20px;">Vino de mesa</td><td style="text-align: right;">/ _ /</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Cooler, o similares</td><td style="text-align: right;">/ _ /</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Cerveza</td><td style="text-align: right;">/ _ /</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc.</td><td style="text-align: right;">/ _ /</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Pulque y otros fermentados</td><td style="text-align: right;">/ _ /</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Alcohol puro, aguardiente</td><td style="text-align: right;">/ _ /</td></tr> </table>	Vino de mesa	/ _ /	Cooler, o similares	/ _ /	Cerveza	/ _ /	Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc.	/ _ /	Pulque y otros fermentados	/ _ /	Alcohol puro, aguardiente	/ _ /																
Vino de mesa	/ _ /																												
Cooler, o similares	/ _ /																												
Cerveza	/ _ /																												
Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc.	/ _ /																												
Pulque y otros fermentados	/ _ /																												
Alcohol puro, aguardiente	/ _ /																												
37. Antes del embarazo, ¿Qué tipo de bebida prefirió usted tomar? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="padding-left: 20px;">Vino de mesa</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Cooler, y similares</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Cerveza</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Pulque y otros fermentados</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">Alcohol puro, aguardiente</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td style="padding-left: 20px;">No aplica</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> </table>	Vino de mesa	1	Cooler, y similares	2	Cerveza	3	Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc	4	Pulque y otros fermentados	5	Alcohol puro, aguardiente	6	No aplica	8	/ _ /														
Vino de mesa	1																												
Cooler, y similares	2																												
Cerveza	3																												
Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc	4																												
Pulque y otros fermentados	5																												
Alcohol puro, aguardiente	6																												
No aplica	8																												

Para la siguiente pregunta, le voy a mencionar distintos tipos de bebidas alcohólicas, usted debe indicarme cuales de ellas bebió un año antes del embarazo y con qué frecuencia las consumió (día, semana, mes o año)

Un año antes del embarazo de su hijo, ¿Con qué frecuencia bebió...?	Veces al día	Días a la semana	Días al mes	Veces al año
38. 1 vaso Cerveza	/ _ // _ /	/ _ /	/ _ // _ /	/ _ // _ /
39. Caribe cooler u otras bebidas mezcladas similares.	/ _ // _ /	/ _ /	/ _ // _ /	/ _ // _ /

40. Licores artesanales	/	/	/	/
41. 1 vaso de vino de mesa	/	/	/	/
42. Bebida con Ron	/	/	/	/
43. Bebida c/Brandy	/	/	/	/
44. Bebida c/Whisky	/	/	/	/
45. Bebida c/Vodka	/	/	/	/
46. Bebida c/Coñac	/	/	/	/
47. 1 vaso de Pulque	/	/	/	/
48. 1 copa de Tequila	/	/	/	/
49. Fourloko o similares	/	/	/	/
50. Otra <small>Especificar</small>	/	/	/	/
51. ¿Bebió un mes antes de quedar embarazada?				/
0) No 1) Sí 9) No sabe no responde				
52. Temprano en su embarazo, antes de saber que estaba embarazada, ¿Tomó bebidas alcohólicas?				/
0) No 1) Sí 9) No sabe no responde				
53. ¿Dejó de tomar por estar embarazada o intentar embarazarse?				/
0) No 1) Sí 9) No sabe no responde				
54. ¿Bebió bebidas alcohólicas desde el momento en que descubrió que estaba embarazada hasta que su hijo nació?				/
0) No 1) Sí 9) No sabe no responde				
55. Durante el embarazo, ¿Tomó alguna bebida que contenga alcohol? (cerveza, pulque, vino, brandy, whisky, ron, tequila, coolers, presidencola, Boones o similares)				/
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde				
Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 58				
56. Durante el embarazo ¿Dígame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?	Vino de mesa			/
	Cooler, o similares			/
	Cerveza			/
	Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc.			/
	pulque y otros fermentados			/
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde				
57. Durante el embarazo, ¿Con qué frecuencia tomó 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?				
A diario		01		/
Casi diario 5 a 6 veces por semana		02		
3 a 4 veces a la semana		03		
1 a 2 veces por semana		04		
2 a 3 veces al mes		05		
Una vez al mes		06		
7 a 11 veces durante el embarazo		07		
3 a 6 veces durante el embarazo		08		
2 veces durante el embarazo		09		
Al menos una vez durante el embarazo		10		
Menos de una vez al durante el embarazo		11		
Nunca		12		
No aplica		88		
No sabe/no contesta		99		

58. ¿Durante la lactancia de su hijo usted tomó bebidas alcohólicas?		/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde		
Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 63		
59. Durante la lactancia de su hijo, ¿Dígame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?	Vino de mesa Cooler, o similares Cerveza Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc. pulque y otros fermentados Alcohol puro, aguardiente	/ _ / / _ / / _ / / _ / / _ / / _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde		
60. Durante la lactancia, ¿Con qué frecuencia tomó usted cualquier tipo de bebida que contiene alcohol – ya sea vino, cerveza, whisky o cualquier otra bebida?		
Tres o más veces al día	01	/ _ / / _ /
Dos veces al día	02	
Una vez al día	03	
Casi todos los días (5-6 veces por semana)	04	
Tres o cuatro veces a la semana	05	
Una o dos veces a la semana	06	
Dos o tres veces al mes	07	
Aproximadamente una vez al mes	08	
De siete a once veces al año	09	
De tres a seis veces al año	10	
Dos veces al año	11	
Una vez al año	12	
No aplica	88	
NO SABE / NO CONTESTA	99	
61. Durante la lactancia de su hijo, ¿Qué tipo de bebida prefirió usted tomar?		
Vino de mesa	1	/ _ /
Cooler o similares	2	
Cerveza	3	
Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc	4	
Pulque y otros fermentados	5	
Alcohol puro, aguardiente	6	
No aplica	8	
62. Durante el periodo de lactancia, ¿Con qué frecuencia tomó 4 o más copas de cualquier bebida alcohólica en una sola ocasión?		
A diario	01	/ _ / / _ /
Casi diario 5 a 6 veces por semana	02	
3 a 4 veces a la semana	03	
1 a 2 veces por semana	04	
2 a 3 veces al mes	05	
Una vez al mes	06	
7 a 11 veces durante la lactancia	07	
3 a 6 veces durante la lactancia	08	
2 veces durante la lactancia	09	
Al menos una vez durante la lactancia	10	
Menos de una vez al durante la lactancia	11	
Hace más de un año	12	
Nunca	13	
No aplica	88	
No sabe/no contesta	99	

CONSUMO DE DROGAS

A continuación, le haré algunas preguntas sobre el consumo de drogas. Si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

<p>63. ¿El año previo a su embarazo usted consumió drogas?</p> <p>0) No 1) Sí 9) No sabe/ no responde</p> <p align="center">/ _ /</p>	<p>64. ¿Cuál/es?</p> <p>ANOTE LA(S) SUSTANCIA(S) EMPLEADA(S)</p>	<p>65. ¿Cómo la ha usado?</p> <p>Inyectada.....1 Inhalada.....2 Aspirada.....3 Fumada.....4 Tomada, tragada o comida.....5 Untada o frotada.....6 No como droga.....7 No aplica.....8 No sabe/No contesta.....9</p> <p>PREGUNTE HASTA DOS FORMAS DE USO PARA CADA DROGA (INDAGUE SI LA HA USADO DE OTRA FORMA). SI TODAS LAS DROGAS CONSUMIDAS SE USARON EN LAS FORMAS 6 Y 7, PASE A LA SIGUIENTE SUSTANCIA. ANOTE EN LA LÍNEA EL NOMBRE DE LAS DROGAS QUE HAYA USADO ENTRE LOS CÓDIGOS 1 A 5. ANOTE AL REVERSO DEL CUESTIONARIO SI ALGUNA DROGA SE USA DE FORMA INYECTADA</p>	<p>66. ¿Qué edad tenía cuando usó _____ por primera vez?</p> <p>6 años o menos.....006 Antes de los 12.....112 Antes de los 20.....119 A los 20 años o más.....120 No aplica.....888 No sabe/No contesta.....999</p> <p>SI NO SABE O SI LA RESPUESTA ES SI "TODA LA VIDA", O DESDE QUE ME ACUERDO", CONTINUAR PREGUNTANDO ¿FUE ANTES DE LOS 12 AÑOS? SI CONTINUA SIN SABER, PREGUNTE ¿FUE ANTES DE LOS 20 AÑOS? O ¿FUE A LOS 20 AÑOS O MÁS? CUANDO EL(LA) ENTREVISTADO(A) MENCIONE LA EDAD EXACTA, REGISTRELA EN EL RECUADRO,</p>
<p>Mariguana, hashish. También conocida como "mota", "café", "yerba" etc. Para drogarse</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>	<p>/ _ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>
<p>Cocaína, incluyendo todas las diferentes formas como polvo, pasta base y pasta de coca, también llamada "perico", "nieve", "grapa", "coca".</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>	<p>/ _ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>
<p>Crack, también llamado "piedra".</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>	<p>/ _ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>
<p>Alucinógenos: como hongos, peyote, mezcalina, LSD conocido como "trip" o "viaje", PCP, también llamados "ácidos", "champiñones", "aceites", etc.</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>	<p>/ _ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>
<p>Inhalables: como thiner, PVC, cemento, Resistol, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, llamados "chemos", "memos", "monas", "solventes", etc. para drogarse.</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>	<p>/ _ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>
<p>Heroína, opio, también llamada "arpón", "ficción", "chiva", "la H", "speed ball".</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>	<p>/ _ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5</p>	<p>/ _ / / _ / / _ /</p>

Estimulante tipo anfetamínico, droga de diseño, éxtasis, conocido también como "tachas", MDMA, cristal.	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / / _____ / / _____ /	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5
Otras drogas como: Ketamina (Special K), GHB, también conocido como éxtasis líquido	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / / _____ / / _____ /	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5

CONSUMO DE DROGAS DE LA MADRE DURANTE LA LACTANCIA

<p>70. ¿Durante la lactancia de su hijo usted consumió drogas?</p> <p>0) No 1) Sí 9) No sabe/ no responde</p> <p style="text-align: center;">/ <input type="checkbox"/> /</p>	<p>71. ¿Cuál/es?</p> <p>ANOTE LA(S) SUSTANCIA(S) EMPLEADA(S)</p> <p>0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe/ no responde</p>	<p>72. ¿Cómo la usó?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td>Inyectada</td><td style="text-align: right;">1</td></tr> <tr><td>Inhalada</td><td style="text-align: right;">2</td></tr> <tr><td>Aspirada</td><td style="text-align: right;">3</td></tr> <tr><td>Fumada</td><td style="text-align: right;">4</td></tr> <tr><td>Tomada, tragada o comida</td><td style="text-align: right;">5</td></tr> <tr><td>No como droga</td><td style="text-align: right;">6</td></tr> <tr><td>No aplica</td><td style="text-align: right;">7</td></tr> <tr><td>No sabe/No contesta</td><td style="text-align: right;">8</td></tr> <tr><td></td><td style="text-align: right;">9</td></tr> </table> <p>PREGUNTE HASTA DOS FORMAS DE USO PARA CADA DROGA (INDAGUE SI LA HA USADO DE OTRA FORMA). SI TODAS LAS DROGAS CONSUMIDAS SE USARON EN LAS FORMAS 6 Y 7, PASE A LA SIGUIENTE SUSTANCIA. ANOTE EN LA LÍNEA EL NOMBRE DE LAS DROGAS QUE HAYA USADO ENTRE LOS CÓDIGOS 1 A 5. ANOTE AL REVERSO DEL CUESTIONARIO SI ALGUNA DROGA SE USA DE FORMA INYECTADA ENTREVISTADO(A) MENCIONE LA EDAD EXACTA, REGISTRELA EN EL RECUADRO,</p>	Inyectada	1	Inhalada	2	Aspirada	3	Fumada	4	Tomada, tragada o comida	5	No como droga	6	No aplica	7	No sabe/No contesta	8		9
Inyectada	1																			
Inhalada	2																			
Aspirada	3																			
Fumada	4																			
Tomada, tragada o comida	5																			
No como droga	6																			
No aplica	7																			
No sabe/No contesta	8																			
	9																			
Mariguana, hashish. También conocida como "mota", "café", "yerba" etc. Para drogarse	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / / _____ / / _____ /	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5																
Cocaína, incluyendo todas las diferentes formas como polvo, pasta base y pasta de coca, también llamada "perico", "nieve", "grapa", "coca".	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / / _____ / / _____ /	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5																
Crack, también llamado "piedra".	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / / _____ / / _____ /	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5																
Alucinógenos: como hongos, peyote, mezcalina, LSD conocido como "trip" o "viaje", PCP, también llamados "ácidos", "champiñones", "aceites", etc.	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / / _____ / / _____ /	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5																
Inhalables: como thinner, PVC, cemento, Resistol, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, llamados "chemos", "memos", "monas", "solventes", etc. para drogarse.	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / / _____ / / _____ /	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5																
Heroína, opio, también llamada "arpón", "ficción", "chiva", "la H", "speed ball".	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / / _____ / / _____ /	/ <input type="checkbox"/> /	/ _____ / Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5																

Estimulante tipo anfetamínico, droga de diseño, éxtasis, conocido también como "tachas", MDMA, cristal.	<input type="checkbox"/>	/_____ /_____ /_____	<input type="checkbox"/>	/_____ /_____ /_____	Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5
Otras drogas como: Ketamina (Special K), GHB, también conocido como éxtasis líquido	<input type="checkbox"/>	/_____ /_____ /_____	<input type="checkbox"/>	/_____ /_____ /_____	Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5

EXPOSICIÓN A RADIACIÓN

A continuación, le voy a mencionar distintos tipos de estudios, usted deberá indicarme que estudios le tomaron antes y durante el embarazo (cada uno de los meses del embarazo) además del número de veces que le tomaron el estudio y el sitio del cuerpo que estuvo involucrado

¿Le realizaron alguno de los siguientes estudios?... (antes del embarazo, durante el embarazo)

Tipo de estudio	Antes del embarazo 0) No 1) Sí 9) No sabe/ no responde	No. De veces 88) No aplica	Sitio del cuerpo	Durante el embarazo Meses del embarazo									No. de veces 88) No aplica	Sitio del cuerpo
				0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde										
				1	2	3	4	5	6	7	8	9		
73. Radiografías	<input type="checkbox"/>													
74. Ultrasonidos	<input type="checkbox"/>													
75. Tomografías	<input type="checkbox"/>													
76. Resonancia magnética	<input type="checkbox"/>													
77. Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste	<input type="checkbox"/>													
78. Radiografías dentales	<input type="checkbox"/>													
79. ¿Alguna vez ha trabajado en lugares donde usted ha estado expuesta a radiación o materiales radioactivos? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde													<input type="checkbox"/>	

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 88

80. ¿Ha utilizado un aditamento para medir la radiación? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde													<input type="checkbox"/>
81. ¿Cuál fue su trabajo?													/_____ /_____ /_____
82. ¿Por cuántos años trabajó en ese lugar? 88) No aplica													/____/____ años
83. ¿Por cuántos días a la semana? 8) No aplica													/____ días
84. ¿Durante el embarazo de su hijo dejó de trabajar en ese lugar? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde													<input type="checkbox"/>

85. ¿Alguna vez la sacaron del trabajo porque estuvo expuesto a una dosis excesiva de radiación? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	/ /
86. En caso afirmativo, ¿En qué fecha se retiró?	/ / / día / / / mes / / / / / / año
87. ¿Qué dosis recibió?	/ / / / / / / / / / / /

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS DE LA MADRE

A continuación, le haré unas preguntas para conocer algunos de sus antecedentes ginecológicos. Si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

88. ¿Cuántas veces ha estado embarazada en total, incluidos nacimientos vivos, mortinatos, abortos espontáneos, abortos, embarazos molares y embarazos tubárico o ectópicos?	/ / / / embarazos	
89. ¿Cuántos años tenía cuando se embarazó la primera vez?	/ / / / años	
90. De los embarazos que ha tenido, ¿Qué número es su hijo?	/ / / /	
91. Ahora, pensando en su primer embarazo el resultado de ese embarazo fue ¿Un nacimiento vivo, nacido muerto, aborto espontáneo, aborto, embarazo molar o embarazo tubárico o ectópico?	/ /	
Nacido vivo		1
Nacido muerto		2
Aborto espontáneo		3
Aborto		4
Embarazo molar		5
Embarazo tubárico/ectópico		6
Más de un resultado		7
Otro resultado		8
No sabe/no responde	9	
92. ¿Cuántos partos ha tenido?	/ / / / partos	
93. ¿Cuántos hijos tuvo (solo embarazos completados)?	/ / / / hijos	
94. ¿Cuántas cesáreas ha tenido?	/ / / / cesáreas	
95. ¿Ha tenido embarazos que no se completaron debido a un aborto espontáneo o aborto terapéutico? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ /	
96. ¿Cuántos abortos ha tenido?	/ / / / abortos	

EXPOSICIÓN A PESTICIDAS

A continuación, le haré unas preguntas para saber si ha estado expuesta a pesticidas antes, durante y después del embarazo. Si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

97. Un mes antes de quedar embarazada, ¿Entró en contacto con algún producto para controlar insectos domésticos utilizados en su casa o apartamento (mosquitos, moscas, hormigas, tiras anti-plagas, trampas para hormigas o cebos para cucarachas)? (Esto incluiría manipular el producto, tenerlo en las áreas habitables de su hogar o estar lo suficientemente cerca como para olerlo) 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ /
98. ¿Un mes antes de quedar embarazada, cuántas veces estuvo en contacto?	/ / / / veces

99. Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
100.¿Cuántas veces?	/ _ / / _ / veces
101.Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
102.¿Cuántas veces?	/ _ / / _ / veces
103.Un mes antes de quedar embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en el hogar para controlar ratones, ratas, topos como D-Con, Ratidel -B, Brometalina, Bromadiolona o Warfarina (coumadin), arsénico? (Esto incluiría manipular el producto, tenerlo en las áreas habitables de su hogar o estar lo suficientemente cerca como para olerlo) 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
104.¿Cuántas veces estuvo en contacto?	/ _ / / _ / veces
105.Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
106.¿Cuántas veces?	/ _ / / _ / veces
107.Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
108.¿Cuántas veces?	/ _ / / _ / veces
109. Un mes antes de quedar embarazada, ¿Estuvo en contacto con productos para el hogar y jardín utilizados alrededor de la casa o apartamento como productos para controlar el crecimiento de pasto o dientes de león, productos para controlar caracoles o babosas y tratamientos para las plantas o arboles contra enfermedades o insectos (nombres comerciales: Trompa Pellets, Termidel, Control 24D, Raid Casa y Jardín, Raid Acción Total, Raid mata moscas y mosquitos, Raid Max (Imidacloprid, Abamectina, Lactona macrocíclica, clorpirifos etil, Praletrina Fenotrina, Imiprotina, Cipermetrina, Tetrametrina) ? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
110.¿Cuántas veces estuvo en contacto?	/ _ / / _ / veces
111.Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
112.¿Cuántas veces?	/ _ / / _ / veces
113. Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
114. ¿Cuántas veces?	/ _ / / _ / veces
115. Un mes antes de quedar embarazada, ¿Su piel entró en contacto con algún tipo de repelente para insectos como Raid repelente líquido (Praletrina), OFF Repelente de insectos (DEET-N,N-Dietil-metaltoluamida) ?	/ _ /
116. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	/ _ / / _ / veces

117. Y durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto?	/ <input type="checkbox"/> /
118. ¿Cuántas veces?	/ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> veces
119. Y durante el periodo de lactancia, ¿Estuvo en contacto?	/ <input type="checkbox"/> /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
120. ¿Cuántas veces?	/ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> veces
121. Un mes antes de quedar embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en su hogar para controlar las pulgas o garrapatas, tales como Bravecto, Bayopet, Baytico (flumetrina), Rokach, Holiday, Four Fone Foggers o collares antipulgas para mascotas?	/ <input type="checkbox"/> /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
122. ¿Cuántas veces?	/ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> veces
123. ¿Y durante el embarazo?	/ <input type="checkbox"/> /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
124. ¿Cuántas veces?	/ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> veces
125. ¿Y durante el periodo de lactancia?	/ <input type="checkbox"/> /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
126. ¿Cuántas veces?	/ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> veces
127. Un mes antes de quedar embarazada, ¿Su casa o apartamento fue tratada por fumigadores profesionales o por usted mismo?	/ <input type="checkbox"/> /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
128. ¿Cuántas veces fue tratada su casa o apartamento por fumigadores o por usted mismo?	/ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> veces
129. Y durante el embarazo, ¿Su casa fue tratada por fumigadores o por usted mismo?	/ <input type="checkbox"/> /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
130. ¿Cuántas veces?	/ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> veces
131. Y durante el periodo de lactancia, ¿Su casa fue tratada por fumigadores o por usted mismo?	/ <input type="checkbox"/> /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
132. ¿Cuántas veces?	/ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> veces
133. ¿Su casa estaba o está cerca o en una granja o rancho, campos cultivados o de una granja de animales?	/ <input type="checkbox"/> /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
134. ¿Sabe sí en esos campos utilizaban pesticidas?	/ <input type="checkbox"/> /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
135. ¿Trabajó en actividades como aplicaciones de pesticidas o herbicidas, dentro de campos o granjas de animales, incluso ocasionalmente?	/ <input type="checkbox"/> /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	

EXPOSICIÓN A PRODUCTOS DERIVADOS DE PETRÓLEO

A continuación, le haré unas preguntas para saber si ha estado expuesto a algunos productos en específico, como gasolina, Diesel, thinner o pinturas antes del embarazo de su pareja. Si no sabe la respuesta sólo conteste “No sé” y continuaremos con la siguiente pregunta.

136. Un mes antes de su embarazo, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 143

137. ¿Estuvo expuesta a gasolina?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

138. ¿Estuvo expuesta a Diesel?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

139. ¿Estuvo expuesta a queroseno?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

140. ¿Estuvo expuesta a algún tipo de aceite lubricante?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

141. ¿Estuvo expuesta a removedores de manchas?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

142. En total, Un mes antes de su embarazo ¿Cuántos días estuvo expuesta a los productos antes mencionados?	/ _ / / _ / _ veces
88) No aplica	

143. Durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 150

144. ¿Estuvo expuesta a gasolina?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

145. ¿Estuvo expuesta a Diesel?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

146. ¿Estuvo expuesta a queroseno?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

147. ¿Estuvo expuesta a algún tipo de aceite lubricante?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

148. ¿Estuvo expuesta a removedores de manchas?	/ _ /
---	-------

0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	
149. En total, ¿Durante el embarazo cuántos días estuvo expuesta a los productos antes mencionados?	/ / veces
88) No aplica	
150. Durante la lactancia de su hijo usted, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	/ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 157	
151. ¿Estuvo expuesta a gasolina?	/ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	
152. ¿Estuvo expuesta a Diesel?	/ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	
153. ¿Estuvo expuesta a queroseno?	/ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	
154. ¿Estuvo expuesta a algún tipo de aceite lubricante?	/ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	
155. ¿Estuvo expuesta a removedores de manchas?	/ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	
156. En total, ¿Durante la lactancia, cuántos días estuvo expuesta a los productos antes mencionados?	/ / días
88) No aplica	
157. Un mes antes del embarazo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)	/ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 163	
158. ¿Estuvo expuesta o en contacto con cualquier tipo de pinturas?	/ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	
159. ¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de laca?	/ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	
160. ¿Estuvo expuesta o en contacto con thinner (diluyente de pintura)?	/ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	
161. ¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de tinte?	/ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	
162. En total, ¿Cuántos días estuvo en contacto con estos productos un mes antes del embarazo?	/ / días
88) No aplica	

163. Durante el embarazo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 169

164. ¿Estuvo expuesta o en contacto con cualquier tipo de pintura?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

165. ¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de laca?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

166. ¿Estuvo expuesta o en contacto con thinner?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

167. ¿Estuvo expuesta o contacto con algún tipo de tinte?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

168. En total, durante el embarazo, ¿Cuántos días estuvo expuesta? 88) No aplica	/ _ / / _ / veces
---	-------------------

169. Durante la lactancia de su hijo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 175

170. ¿Estuvo expuesta o en contacto con pinturas de aceite?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

171. ¿Estuvo expuesta o en contacto con algún tipo de laca?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

172. ¿Estuvo expuesta o en contacto con thinner?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

173. ¿Estuvo expuesta o contacto con algún tipo de tinte?	/ _ /
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	

174. En total, durante la lactancia, ¿Cuántas días estuvo expuesta? 88) No aplica	/ _ / / _ / veces
--	-------------------

Las siguientes preguntas se refieren a lugar donde usted vivía durante el embarazo

175. ¿Con respecto al tráfico de automóviles y otros vehículos, ¿Cómo define el área donde se encontraba su casa?	/ _ /
0) Sin tráfico 1) Con poco tráfico 2) Con tráfico moderado 3) Con mucho tráfico 9) No sabe/ no responde	

176. La siguiente pregunta se refiere a calle o avenidas que rodeaban su casa o edificio, ¿Cómo considera el tipo de camino?	
Privado o cerrado al tráfico sin tránsito de vehículos.	0
Calle secundaria / plaza urbana con poco tráfico.	1
Plaza suburbana secundaria, poco tráfico.	2
Calle / plaza urbana con tráfico moderado.	3
Calle / plaza extraurbana con tráfico moderado.	4
Calle de alto tráfico / plaza urbana.	5
Carretera / plaza de alto tráfico extraurbano	6
177. ¿Hay cruces a menos de 100 m de su casa?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
178. ¿Se forman colas de tráfico dentro de los primeros 100 m de su casa?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
179. ¿Por cuántas horas se forma el tráfico?	/ _ // _ / hrs
180. ¿Cuántas ventanas de su casa dan a la calle donde está expuesta al tráfico?	/ _ // _ / ventanas
181. Dentro de un radio de 100m de la casa, ¿Circula alguna ruta de autobuses, microbuses, combis, mototaxis, peseros o metrobús?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER

A continuación, le haré unas preguntas para conocer si algunos antecedentes de familiares directos suyos padecen o han padecido algún tipo de cáncer. Si no sabe la respuesta sólo conteste “No sé” y continuaremos con la siguiente pregunta.

182. ¿Tiene algún familiar directo (padres o hermanos) que tenga o haya tenido algún tipo de cáncer?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
183. ¿Quiénes presentaron cáncer y de qué tipo?	Colocar 0) No 1) Sí
Padre	/ _ /
Madre	/ _ /
Hermanos	/ _ /
	Especifique el tipo de cáncer

CONSUMO DE CAFÉ

A continuación, le haré unas preguntas para saber si consumió café durante y después de su embarazo. Si no sabe la respuesta sólo conteste “No sé” y continuaremos con la siguiente pregunta.

184. ¿Bebió café incluso ocasionalmente durante el embarazo?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
185. ¿Cuántas tazas de café bebió por día durante el embarazo?	/ _ // _ / tazas de café
88) No aplica	
186. ¿Cuántos días por semana bebió café durante el embarazo?	/ _ / días
8) No aplica	
187. Durante el embarazo, ¿Con qué frecuencia bebió café descafeinado?	
Nunca	0
Menos de una vez al mes	1
De una a tres veces al mes	2
De una a tres veces a la semana	3
De 4 a 6 veces a la semana	4
	/ _ /

<p>Todos los días No sabe / no responde</p>	<p>5 9</p>
<p>188. ¿Bebió café incluso ocasionalmente cuanto estaba lactando? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde</p>	<p>/ _ /</p>
<p>189. ¿Cuántas tazas de café bebió por día durante la lactancia? 88) No aplica</p>	<p>/ _ / / _ / tazas de café</p>
<p>190. ¿Cuántos días por semana bebió café durante la lactancia? 8) No aplica</p>	<p>/ _ / días</p>



VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE CÁNCER INFANTIL

CUESTIONARIO PARA EL PADRE

Mi nombre es Adrián Rodríguez y pertenezco a la Universidad Nacional Autónoma de México, en conjunto con la investigadora principal de este proyecto (Dra. S. Aída Borges Yáñez), se realizará una investigación que tiene como fin utilizar un cuestionario que permita identificar los posibles factores de riesgo que afectan a los padres y madres y su relación con el desarrollo de cáncer infantil. Toda información que usted nos proporcione es completamente confidencial y solo será utilizada para fines de este estudio. Usted puede decidir no participar o no finalizar el cuestionario en el momento que usted desee.

Si usted decide participar le agradeceré por favor firme en el siguiente espacio. _____

Firma del padre

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

2. Folio: /_/_/_/_/_/_

3. Nombre completo de la madre: _____

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

4. Nombre completo del **PADRE**: _____

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

5. Nombre completo de hijo(a): _____

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
------------------	------------------	------------

6. Dirección: _____

Calle y número	Colonia	Del. o municipio	CP
----------------	---------	------------------	----

7. Edad	¿Cuántos años tiene? /_/_/_/	8. Sexo	0) Mujer 1) Hombre /_/_
9. Teléfono de casa	/_/_/_/_/-/_/_/_/_/-/_/_/_/_/-/_/_/_/-/_/_/_/	10. Teléfono celular	/_/_/_/_/-/_/_/_/_/-/_/_/_/_/-/_/_/_/-/_/_/_/
11. Estado civil	0) Casado 1) Soltero 2) Viudo 3) Divorciado 4) Unión libre 5) Separado 9) No sabe/ No responde		/_/_
12. Zona de residencia	0) Rural 1) Urbano		/_/_
13. Escolaridad	0) Sin estudios 1) Primaria incompleta 2) Primaria completa 3) Secundaria incompleta 4) Secundaria completa 5) Bachillerato incompleto 6) Bachillerato completo 7) Licenciatura 8) Posgrado 9) No sabe / No responde		/_/_

CUESTIONARIO PARA EL PADRE

TABAQUISMO

A continuación, le haré unas preguntas para conocer si estuvo expuesto al tabaco antes del embarazo de su pareja, es importante aclararle que no existen respuestas buenas ni malas, si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

1. ¿Alguna vez en su vida ha fumado al menos un cigarrillo por día, por un periodo de tres meses o más? 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/ _ /
2. ¿Fuma o alguna vez ha fumado habitualmente? (al menos una vez al día durante al menos 6 meses) 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/ _ /
3. ¿Actualmente usted fuma? 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/ _ /
Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 6	
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma por día? 96) menos de uno al día 88) No aplica	/ _ / / _ / cigarrillos
5. ¿Cuántos días fuma por semana? 8) No aplica	/ _ / días
6. ¿Fumó un año antes de que su pareja quedara embarazada? 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/ _ /
7. En promedio, ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día? 96) menos de uno al día 88) No aplica	/ _ / / _ / cigarrillos
8. En promedio, ¿Cuántos días fumaba a la semana? 8) No aplica	/ _ / días
9. Antes del embarazo de su pareja, ¿Estuvo en contacto con personas mientras fumaban? Descartar la posibilidad de exposición esporádica en la calle 0) No 1) Sí 9) No sabe no responde	/ _ /
Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 13	
10. Aproximadamente por día, ¿Cuántos cigarrillos fumaban frente a usted? 88) No aplica	/ _ / / _ / cigarrillos
11. En promedio, ¿Cuántos días a la semana estuvo en contacto con personas mientras fumaban? 8) No aplica	/ _ / días
12. En promedio, ¿Cuántas veces estuvo expuesto al día? 88) No aplica	/ _ / / _ / veces al día

ALCOHOLISMO

A continuación, le haré unas preguntas para saber el consumo de bebidas alcohólicas que tuvo antes del embarazo de su pareja. Si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

13. ¿Alguna vez en su vida ha tomado al menos dos bebidas alcohólicas al mes durante un año o más?	/ _ /												
0) No 1) Sí 9) No sabe no responde													
14. En promedio, ¿Durante toda su vida cuántos años ha consumido alcohol?	/ _ / / _ / años												
15. Antes del embarazo de su pareja, ¿Dígame de cuáles de las siguientes bebidas tomó por lo menos una copa?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Vino de mesa</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">/ _ /</td> </tr> <tr> <td>Cooler, o similares</td> <td style="text-align: center;">/ _ /</td> </tr> <tr> <td>Cerveza</td> <td style="text-align: center;">/ _ /</td> </tr> <tr> <td>Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc.</td> <td style="text-align: center;">/ _ /</td> </tr> <tr> <td>Pulque y otros fermentados</td> <td style="text-align: center;">/ _ /</td> </tr> <tr> <td>Alcohol puro, aguardiente</td> <td style="text-align: center;">/ _ /</td> </tr> </table>	Vino de mesa	/ _ /	Cooler, o similares	/ _ /	Cerveza	/ _ /	Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc.	/ _ /	Pulque y otros fermentados	/ _ /	Alcohol puro, aguardiente	/ _ /
Vino de mesa	/ _ /												
Cooler, o similares	/ _ /												
Cerveza	/ _ /												
Brandy, tequila, ron, whisky, coñac, vodka, etc.	/ _ /												
Pulque y otros fermentados	/ _ /												
Alcohol puro, aguardiente	/ _ /												
0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde													

CONSUMO DE DROGAS

A continuación, le haré algunas preguntas sobre el consumo de drogas. Si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

16. ¿El año previo al embarazo de su pareja usted consumió drogas?	17. ¿Cuál/es?	18. ¿Cómo la ha usado?	19. ¿Qué edad tenía cuando usó _____ por primera vez?
0) No 1) Sí 9) No sabe/ no responde <div style="text-align: center;">/ _ /</div>	ANOTE LA(S) SUSTANCIA(S) EMPLEADA(S) 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe/ no responde	Inyectada.....1 Inhalada.....2 Aspirada.....3 Fumada.....4 Tomada, tragada o comida.....5 Untada o frotada.....6 No como droga.....7 No aplica.....8 No sabe/No contesta.....9 <small>PREGUNTE HASTA DOS FORMAS DE USO PARA CADA DROGA (INDAGUE SI LA HA USADO DE OTRA FORMA). SI TODAS LAS DROGAS CONSUMIDAS SE USARON EN LAS FORMAS 6 Y 7, PASE A LA SIGUIENTE SUSTANCIA. ANOTE EN LA LÍNEA EL NOMBRE DE LAS DROGAS QUE HAYA USADO ENTRE LOS CÓDIGOS 1 A 5. ANOTE AL REVERSO DEL CUESTIONARIO SI ALGUNA DROGA SE USA DE FORMA INYECTADA</small>	6 años o menos.....006 Antes de los 12.....112 Antes de los 20.....119 A los 20 años o más.....120 No aplica.....888 No sabe/No contesta.....999 <small>SI NO SABE O SI LA RESPUESTA ES SI "TODA LA VIDA", O DESDE QUE ME ACUERDO", CONTINUAR PREGUNTANDO ¿FUE ANTES DE LOS 12 AÑOS? SI CONTINUA SIN SABER, PREGUNTE ¿FUE ANTES DE LOS 20 AÑOS? O ¿FUE A LOS 20 AÑOS O MÁS? CUANDO EL(LA) ENTREVISTADO(A) MENCIONE LA EDAD EXACTA, REGISTRELA EN EL RECUADRO,</small>
Marihuana, hashish. También conocida como "mota", "café", "yerba" etc. Para drogarse <div style="text-align: center;">/ _ /</div>	<div style="text-align: center;">/ _____ / / _____ / / _____ /</div>	<div style="text-align: center;">/ _ /</div> Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5	<div style="text-align: center;">/ _ / / _ / / _ /</div>
Cocaína, incluyendo todas las diferentes formas como polvo, pasta base y pasta de coca, también llamada "perico", "nieve", "grapa", "coca". <div style="text-align: center;">/ _ /</div>	<div style="text-align: center;">/ _____ / / _____ / / _____ /</div>	<div style="text-align: center;">/ _ /</div> Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5	<div style="text-align: center;">/ _ / / _ / / _ /</div>
Crack, también llamado "piedra". <div style="text-align: center;">/ _ /</div>	<div style="text-align: center;">/ _____ / / _____ / / _____ /</div>	<div style="text-align: center;">/ _ /</div> Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5	<div style="text-align: center;">/ _ / / _ / / _ /</div>

Alucinógenos: como hongos, peyote, mezcalina, LSD conocido como "trip" o "viaje", PCP, también llamados "ácidos", "champiñones", "aceites", etc.	/_/_	/_____ /_____ /_____	/_/_	/_____ Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5	/_/_/_/_/_
Inhalables: como thinner, PVC, cemento, Resistol, pegamento, pintura, gasolina, activo, sprays, llamados "chemos", "memos", "monas", "solventes", etc. para drogarse.	/_/_	/_____ /_____ /_____	/_/_	/_____ Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5	/_/_/_/_/_
Heroína, opio, también llamada "arpón", "ficción", "chiva", "la H", "speed ball".	/_/_	/_____ /_____ /_____	/_/_	/_____ Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5	/_/_/_/_/_
Estimulante tipo anfetamínico, droga de diseño, éxtasis, conocido también como "tachas", MDMA, cristal.	/_/_	/_____ /_____ /_____	/_/_	/_____ Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5	/_/_/_/_/_
Otras drogas como: Ketamina (Special K), GHB, también conocido como éxtasis líquido	/_/_	/_____ /_____ /_____	/_/_	/_____ Escriba los nombres de las drogas con tipo de uso 1 a 5	/_/_/_/_/_

EXPOSICIÓN A RADIACIÓN

A continuación, le voy a mencionar distintos tipos de estudios, usted deberá indicarme que estudios le tomaron antes y durante el embarazo (cada uno de los meses del embarazo) además del número de veces que le tomaron el estudio y el sitio del cuerpo que estuvo involucrado

Al año previo al embarazo de la madre de su hijo, ¿Le realizaron a usted alguno de los siguientes estudios?

Tipo de estudio	Mes de la toma un año antes del embarazo de su pareja												No. de veces	Sitio del cuerpo	
	0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
20. Radiografías															
21. Ultrasonidos															
22. Tomografías															
23. Resonancia magnética															
24. Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste															
25. Radiografías dentales															
26. Comentarios (radiación antes del año previo al embarazo)															

27. ¿Alguna vez ha trabajado en lugares donde usted ha estado expuesto a radiación o materiales radioactivos? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
---	-------

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 36

28. ¿Ha utilizado un aditamento para medir la radiación? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	/ _ /
---	-------

29. ¿Cuál fue su trabajo?	/ _____ /
---------------------------	-----------

30. ¿Por cuántos años trabajó en ese lugar? 88) No aplica	/ _ / / _ / años
--	------------------

31. ¿Por cuántos días a la semana? 8) No aplica	/ _ / días
--	------------

32. ¿Durante el embarazo de su pareja dejó de trabajar en ese lugar? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	/ _ /
---	-------

33. ¿Alguna vez lo sacaron del trabajo porque estuvo expuesto a una dosis excesiva de radiación? 0) No 1) Sí 8) No aplica 9) No sabe / no responde	/ _ /
---	-------

34. En caso afirmativo, ¿En qué fecha se retiró?	/ _ / / _ / día / _ / _ / mes / _ / / _ / / _ / año
--	---

35. ¿Qué dosis recibió?	/ _____ /
-------------------------	-----------

EXPOSICIÓN A PESTICIDAS

A continuación, le haré unas preguntas para saber si ha estado expuesta a pesticidas antes, durante y después del embarazo. Si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

36. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Entró en contacto con algún producto para controlar insectos domésticos utilizados en su casa o apartamento (mosquitos, moscas, hormigas, tiras anti-plagas, trampas para hormigas o cebos para cucarachas)? (Esto incluiría manipular el producto, tenerlo en las áreas habitables de su hogar o estar lo suficientemente cerca como para olerlo) 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
--	-------

37. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	/ _ / / _ / veces
--	-------------------

38. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en el hogar para controlar ratones, ratas, topos como D-Con, Ratidel -B, Brometalina, Bromadiolona o Warfarina (coumadin), arsénico? (Esto incluiría manipular el producto, tenerlo en las áreas habitables de su hogar o estar lo suficientemente cerca como para olerlo) 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
---	-------

39. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	/ _ / / _ / veces
--	-------------------

40. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Estuvo en contacto con productos para el hogar y jardín utilizados alrededor de la casa o apartamento como productos para controlar el crecimiento de pasto o dientes de león, productos para controlar caracoles o babosas y tratamientos para las plantas o arboles contra enfermedades o insectos (nombres comerciales: Trompa Pellets, Termidel, Control 24D, Raid Casa y Jardín, Raid Acción Total, Raid mata moscas y mosquitos, Raid Max (Imidacloprid, Abamectina, Lactona macrocíclica, clorpirifos etil, Praletrina Fenotrina, Imiprotina, Cipermetrina, Tetrametrina) ? 0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	/ _ /
---	-------

41. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	/ _ / / _ / veces
--	-------------------

42. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Su piel entró en contacto con algún tipo de repelente para insectos como Raid repelente líquido (Praletrina), OFF Repelente de insectos (DEET-N,N-Dietil-meta-toluamida) ?	/ _ /
43. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	/ _ / / _ / veces
44. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Entró en contacto con productos utilizados en su hogar para controlar las pulgas o garrapatas, tales como Bravecto, Bayopet, Baytico (flumetrina), Rokach, Holiday, Four Fone Foggers o collares antipulgas para mascotas?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
45. ¿Cuántas veces estuvo en contacto?	/ _ / / _ / veces
46. Un mes antes de que su pareja quedara embarazada, ¿Su casa o apartamento fue tratada por fumigadores profesionales o por usted mismo?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
47. ¿Cuántas veces fue tratada su casa o apartamento por fumigadores o por usted mismo?	/ _ / / _ / veces
48. ¿Su casa estaba o está cerca o en una granja o rancho, campos cultivados o de una granja de animales?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
49. ¿Sabe sí en esos campos utilizaban pesticidas?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
50. ¿Trabajó en actividades como aplicaciones de pesticidas o herbicidas, dentro de campos o granjas de animales, incluso ocasionalmente?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	

EXPOSICIÓN A PRODUCTOS DERIVADOS DE PETRÓLEO

A continuación, le haré unas preguntas para saber si ha estado expuesto a algunos productos en específico, como gasolina, Diesel, thinner o pinturas antes del embarazo de su pareja. Si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

51. Un mes antes del embarazo de su pareja, ¿Estuvo en contacto con productos derivados de petróleo como gasolina, queroseno, aceites lubricantes, diésel o removedores de manchas?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 57

52. ¿Estuvo expuesto a gasolina?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
53. ¿Estuvo expuesto a Diesel?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
54. ¿Estuvo expuesto a queroseno?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
55. ¿Estuvo expuesto a algún tipo de aceite lubricante?	/ _ /

0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
56. ¿Estuvo expuesto a removedores de manchas?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
57. En total, Un mes antes del embarazo de su pareja, ¿Cuántos días estuvo expuesto a los productos antes mencionados?	/ _ / / _ / veces
58. Un mes antes del embarazo, ¿Estuvo en contacto o en una zona cerca de cualquier tipo de pintura, laca, tintes o thinner (diluyente de pintura)? (Esto incluiría estar en el área donde se usaron estos productos o estar lo suficientemente cerca como para oler la sustancia)	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	

Si la respuesta fue NO, pasar a la pregunta 63

59. ¿Estuvo expuesto o en contacto con cualquier tipo de pinturas?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
60. ¿Estuvo expuesto o en contacto con algún tipo de laca?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
61. ¿Estuvo expuesto o en contacto con thinner (diluyente de pintura)?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
62. ¿Estuvo expuesto o en contacto con algún tipo de tinte?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
63. En total, un mes antes del embarazo de su pareja, ¿Cuántos días estuvo expuesto a los productos antes mencionados?	/ _ / / _ / días

Las siguientes preguntas se refieren al lugar donde vivía un año antes del embarazo de su pareja

64. Con respecto al tráfico de automóviles y otros vehículos, ¿Cómo define el área donde se encontraba su casa cuando estaba su pareja estaba embarazada?	/ _ /
0) Sin tráfico 1) Con poco tráfico 2) Con tráfico moderado 3) Con mucho tráfico 9) No sabe/ no responde	
65. La siguiente pregunta se refiere a calle o avenidas que rodeaban su casa o edificio, ¿Cómo considera el tipo de camino?	/ _ /
Privado o cerrado al tráfico sin tránsito de vehículos. 0	
Calle secundaria / plaza urbana con poco tráfico. 1	
Plaza suburbana secundaria, poco tráfico. 2	
Calle / plaza urbana con tráfico moderado. 3	
Calle / plaza extraurbana con tráfico moderado. 4	
Calle de alto tráfico / plaza urbana. 5	
Carretera / plaza de alto tráfico extraurbano 6	
66. ¿Había cruces a menos de 100 m de su casa?	/ _ /
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
67. ¿Se formaban colas de tráfico dentro de los primeros 100 m de su casa?	/ _ /

0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	
68. ¿Por cuántas horas se formaba el tráfico?	/__//__/_/ hrs
69. ¿Cuántas ventanas de su casa daban a la calle donde está expuesto al tráfico?	/__//__/_/ ventanas
70. Dentro de un radio de 100m de la casa, ¿Circulaba alguna ruta de autobuses, microbuses, combis, mototaxis, peseros o metrobús?	/__/_/
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde	

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER

A continuación, le haré unas preguntas para conocer si algunos antecedentes de familiares directos suyos padecen o han padecido algún tipo de cáncer. Si no sabe la respuesta sólo conteste “No sé” y continuaremos con la siguiente pregunta.

71. ¿Tiene algún familiar directo (padres o hermanos) que padezca o haya padecido algún tipo de cáncer?	/__/_/	
0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde		
72. ¿Quiénes presentaron cáncer y de qué tipo?	Colocar 0) No 1) Sí	Especifique el tipo de cáncer
Padre	/__/_/	
Madre	/__/_/	
Hermanos	/__/_/	



VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO QUE CONTRIBUYEN AL DESARROLLO DE CÁNCER INFANTIL

CUESTIONARIO DE EXPOSICIONES DEL HIJO(A)

Esta sección podrá ser contestada por alguno de los dos padres, las preguntas nos ayudarán a conocer algunas exposiciones que ha tenido su hijo(a). Toda información que usted nos proporcione es completamente confidencial y solo será utilizada para fines de este estudio. Usted puede decidir no participar o no finalizar el cuestionario en el momento que usted desee.

Si usted decide participar le agradeceré por favor firme el siguiente espacio.

Firma del padre o madre que responda esta sección. _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

3. Folio: /_/_/_/_/_/

2. Padre o madre que contesta esta sección: _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

4. Nombre completo del otro padre o madre: _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

4. Nombre completo del **HIJO(A)**: _____
 Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

5. Dirección: _____
 Calle y número Colonia Del. o municipio CP

6. Diagnóstico de su hijo(a): _____

7. Edad	¿Cuántos años tiene su hijo(a)? /_/_/_/	8. Sexo	0) Mujer 1) Hombre	/_/_/
9. Teléfono de casa	/_/_/_/_/-/_/_/_/_/-/_/_/_/_/-/_/_/_/-/_/_/_/-/_/_/_/	10. Teléfono celular	/_/_/_/_/-/_/_/_/_/-/_/_/_/_/-/_/_/_/-/_/_/_/	/_/_/_/
11. Zona de residencia	0) Rural 1) Urbano			/_/_/
12. Escolaridad	0) Sin estudios 1) Primaria completa 2) Primaria incompleta 3) Secundaria completa 4) Secundaria incompleta 5) Bachillerato incompleto 6) Bachillerato completo 9) No sabe / No responde			/_/_/

CUESTIONARIO PARA HIJO/HIJA

A continuación, le haré unas preguntas para conocer algunas exposiciones que ha tenido su hijo(a) durante toda su vida. (especificar antes del diagnóstico de su hijo(a) Recuerde que no existen respuestas buenas ni malas, si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

EXPOSICIÓN A RADIACIÓN

Comenzaremos con una pregunta para conocer si su hijo ha estado expuesto a distintos tipos de radiación.

1. ¿Al niño(a) le han tomado?...

Tipo de estudio	Edad de toma	No. de veces	Motivo por el cual se realizó el estudio	Sitio del cuerpo
0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde				
Radiografías	/ _ /			
Ultrasonidos	/ _ /			
Tomografías	/ _ /			
Resonancia magnética	/ _ /			
Radiografías tomadas después de haberle dado a beber o inyectarle un medio de contraste	/ _ /			
Radiografías dentales	/ _ /			

ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER

A continuación, le haré unas preguntas para conocer si algunos familiares directos de su hijo(a) padecen o han padecido algún tipo de cáncer. Si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

2. ¿Tiene algún familiar directo (padres o hermanos) que tenga o haya tenido algún tipo de cáncer?

/ _ /

0) No 1) Sí 9) No sabe / no responde

¿Quiénes presentaron cáncer y de qué tipo?	Colocar 0) No 1) Sí	Especifique el tipo de cáncer
3. Padre	/ _ /	
4. Madre	/ _ /	
5. Hermanos	/ _ /	
6. Tíos paternos	/ _ /	
7. Tíos maternos	/ _ /	
8. Abuelos paternos	/ _ /	
9. Abuelos maternos	/ _ /	

EXPOSICIÓN A PESTICIDAS

A continuación, le haré unas preguntas para conocer su hijo(a) ha estado expuesto a pesticidas. Si no sabe la respuesta sólo conteste "No sé" y continuaremos con la siguiente pregunta.

10. ¿Alguna vez ha estado presente el niño en tratamientos de fumigación con pesticidas?

/ _ /

0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde

11. ¿Qué edad tenía el niño durante la aplicación?

/ _ / / _ / años

12. ¿Cuántas veces estuvo presente?	/__//__ veces
13. ¿Alguna vez el niño ha estado presente en aplicaciones de insecticidas? 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/__//
14. ¿Qué edad tenía el niño durante la aplicación?	/__//__ años
15. ¿Cuántas veces estuvo presente?	/__//__ veces

A continuación, le haré unas preguntas para conocer si el lugar donde vive su hijo(a), o la escuela donde asiste, queda cerca de algunos lugares en específico que mencionaré más adelante. Si no sabe la respuesta sólo conteste “No sé” y continuaremos con la siguiente pregunta.

Para la siguiente pregunta, le voy a mencionar distintos lugares, de los cuales usted deberá mencionar, cuáles de ellos quedan cerca del domicilio del niño/a o la escuela donde el/ella asiste, además de mencionar una distancia aproximada en metros, de que tan alejados se encuentran estos lugares de su casa o escuela.

16. ¿A qué distancia está el domicilio o la escuela del niño de...?	Colocar 0) No 1) Sí	Distancia en metros
17. Fábricas	/__//	
18. Plantas de Luz	/__//	
19. Cables de alta tensión	/__//	
20. Torres de alta tensión	/__//	
21. Transformadores de luz	/__//	
22. Refinerías de petróleo	/__//	
23. Gasolineras	/__//	
24. Basureros municipales	/__//	
25. Otros (especificar)	/__//	

A continuación, le haré unas preguntas para conocer si su hijo(a) ha estado expuesto a tabaco. Si no sabe la respuesta sólo conteste “No sé” y continuaremos con la siguiente pregunta.

TABAQUISMO

26. ¿El niño(a) ha fumado? No aplica esta pregunta para niños menores de 10 años. Preguntar directamente al niño si es mayor de 11 años y puede contestar, sino a la madre 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/__//
27. ¿Desde qué edad empezó a fumar el niño?	/__//__ años
28. ¿Su hijo(a) ha estado presente con personas mientras fuman? 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/__//
29. ¿El niño(a) ha estado expuesto con el humo del tabaco de alguna de estas personas? 0) No 1) Sí 9) No sabe/No responde	/__//
30. En promedio, ¿Cuántas horas a la semana ha estado expuesto su hijo al humo de tabaco con esa persona?	/__//__ años