

CUESTIONARIO DE DATOS PARA EL ESTUDIO ISVOLCAN.

CODIGO DEL PARTICIPANTE

Fecha de recogida de datos

CONSENTIMIENTO VERBAL. ESTUDIO ISVOLCAN

Saludo inicial.

Soy (identificarse como médico/a, enfermero/a), del Centro de Salud de Llamu en relación con un estudio sobre el impacto de la salud en la población palmera a causa de la erupción volcánica. El estudio se llama ISVOLCAN y tiene previsto hacer un seguimiento de los participantes a medio/largo plazo. Cuenta con la colaboración del Servicio Canario de Salud y del Cabildo de La Palma, aparte del equipo de investigadores colaboradores compuesto por médicos y enfermeros de toda la isla. Ud. ha sido seleccionado para participar y su participación consistirá en contestar un breve cuestionario de salud durante esta llamada. Al cabo de un tiempo, se le llamará de nuevo para darle una cita en su Centro de Salud para realizarle un análisis de sangre y una espirometría, que es una prueba para medir la capacidad respiratoria. Esa cita tendrá una duración de unos 30 minutos y se le dará según sus preferencias, de lunes a viernes en turno de mañana o de tarde.

¿Da Ud. su consentimiento para participar en el estudio?

(En caso que contestara el representante legal del participante):

Nombre y apellidos del representante

DNI del representante

Da su consentimiento para que participe en el estudio la persona a la que representa legalmente?

DATOS IDENTIFICATIVOS/ SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nombre y apellidos		DNI	
Fecha de nacimiento <small>dd/mm/aaaa</small>	Edad	Sexo	
Teléfono 1	Teléfono 2	Correo electrónico	
Nivel de estudios		Centro de Salud	
Situación laboral antes del volcán			
Situación laboral después del volcán			
Si trabaja o trabajó ¿Cuál es o fue su ocupación principal? <small>(La que realizó durante más tiempo a lo largo de su vida)</small>			
¿En el entorno laboral considera que ha estado o estuvo expuesto a sustancias tóxicas más de 6 meses? <small>(amianto, serrín, pinturas, colas, pegamentos, humos de soldadura, disolventes...)</small>			
TIPOS DE SUSTANCIAS		Nº DE AÑOS	
Municipio donde trabaja o trabajó <small>(Si no trabaja ahora, diga el municipio donde trabajó durante más tiempo)</small>			

EXPLORACION FISICA:

(A rellenar el día de la exploración)

Peso			Talla		
Presión arterial 1	TAS	TAD	Presión arterial 2	TAS	TAD
Espirometría			Extracción de sangre		

CUESTIONARIO DE DATOS PARA EL ESTUDIO ISVOLCAN.

EXPOSICIÓN AL VOLCÁN

Domicilio antes del volcán

Durante la erupción,
¿Fue Ud. Evacuado?

dd/mm/aaaa

Fecha evacuación

Si fue evacuado,
¿Después de la erupción ha vuelto a residir en su domicilio?

dd/mm/aaaa

Fecha regreso

Durante los meses de la erupción del volcán, ¿dónde ha residido habitualmente? Diga el domicilio lo más exactamente posible (calle, número, barrio, municipio, código postal)

Septiembre

Octubre

Noviembre

Diciembre

Domicilio actual

¿Ha trabajado como personal interviniente en la zona de exclusión durante la erupción del volcán?

COLECTIVO EN EL QUE HA TRABAJADO

CUÁNTOS MESES

CUÁNTOS DIAS AL MES

CUÁNTAS HORAS AL DIA

Haya sido interviniente o no, ¿realiza Ud. tareas de limpieza de ceniza volcánica?

TIPOS DE TAREA

HERRAMIENTA

FRECUENCIA

Durante la erupción del volcán, ¿cuántas horas diarias de promedio estima Ud. que pasaba en ambientes exteriores, al aire libre (por trabajo, compras, ocio, actividades, etc)?

HORAS/DIA

Durante la erupción del volcán, los días que las autoridades avisaron de la mala calidad del aire, ¿Ud. siguió las recomendaciones de mantener cerradas puertas y ventanas permaneciendo en el interior?

Durante la erupción del volcán, ¿Ud. solía protegerse con una mascarilla cuando estaba en el exterior?

TIPO DE MASCARILLA

Durante la erupción del volcán, ¿Ud. solía protegerse los ojos con algún tipo de gafas protectoras cuando estaba en el exterior?

CUESTIONARIO DE DATOS PARA EL ESTUDIO ISVOLCAN.

SINTOMATOLOGÍA AGUDA (durante la erupción)

Durante la erupción del volcán, ¿Ud. ha padecido o ha notado, algunos de estos síntomas?

(NOTA: Señale sólo los síntomas que le hayan ocasionado una alteración en su vida normal)

SINTOMAS	FRECUENCIA
Náuseas/vómitos	
Cefaleas	
Tos	
Disnea (sensación de falta de aire)	
Sibilancias ("pitos" en el pecho al respirar)	
Estornudos	
Secreción nasal (rinorrea)	
Molestias oculares (conjuntivitis, irritación)	
Dolores musculares	
Dolor en el pecho	
Accidentes (traumatismos, quemaduras)	
Insomnio	
Ansiedad/Depresión	

Durante la erupción del volcán, y excluyendo los síntomas anteriores ¿Ud ha padecido o ha notado otros síntomas diferentes, que no reconozca como habituales?

SINTOMAS	FRECUENCIA

Desde la erupción del volcán hasta fecha, ¿Ud. ha sufrido alguna infección respiratoria tipo gripe, resfriado, COVID-19, etc?

INFECCIÓN RESPIRATORIA	FECHA (MES/AÑO)
	mm/aaaa
	mm/aaaa

En caso de que haya padecido COVID-19, ¿Ha sido ingresado en un hospital?

	¿Cuántos días?
PLANTA	DÍAS
UCI	DÍAS

Durante los meses que ha durado la erupción del volcán, ¿Ha tenido que acudir a algún Servicio de Urgencias, tanto del hospital como del centro de salud?

	LUGAR AL QUE ACUDE	MOTIVO 1	FECHA (MES/AÑO)	MOTIVO 2	FECHA (MES/AÑO)
	Médico de familia				
	Urgencias de AP				
	Urgencias del Hospital				

Durante los meses que ha durado la erupción del volcán, ¿Ha sido ingresado en el hospital?

	MOTIVO	FECHA (MES/AÑO)

En general, ¿la percepción de su salud durante los meses de la erupción del volcán es igual, mejor o peor que antes de la erupción?

	PERCEPCIÓN	¿POR QUÉ LE PARECE PEOR?	¿POR QUÉ LE PARECE MEJOR?

CUESTIONARIO DE DATOS PARA EL ESTUDIO ISVOLCAN.

Si es mujer, ¿está embarazada ahora?

Si está embarazada ¿De cuantos meses?

TABAQUISMO

NO FUMA (Nunca ha fumado)		
NO FUMA (Fue fumador, pero actualmente no fuma)	¿Durante cuántos años fumó?	¿Cuántos años hace que dejó de fumar?
SI FUMA	¿Cuántos años hace que fuma?	
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD
CIGARRILLOS		
PICADURA(de liar)		
PUROS		
PIPAS		
ELECTRÓNICO		
VAPORIZADOR		

ACTIVIDAD FÍSICA

Habitualmente, realiza algún deporte o actividad física fuera del horario laboral?

TIPO DE ACTIVIDAD/DEPORTE	FRECUENCIA	DURACIÓN SESIÓN

ANTECEDENTES PERSONALES

Algún médico le ha diagnosticado antes de la erupción del volcán (19 septiembre 2021) alguna de estas enfermedades? (Si la respuesta es "sí", preguntar tiempo que hace del diagnóstico)

ENFERMEDAD	AÑO	FARMACO	FRECUENCIA	FARMACO	FRECUENCIA
Enfermedad del corazón					
Asma					
Bronquitis Crónica					
Pulmonar Obstructiva Crónica					
HTA					
Diabetes tipo 2					
Coronaria (infarto/angina)					
Dislipemia					
Depresión/ansiedad					
Cáncer					

¿Padece Ud. de alguna otra enfermedad que no le hemos preguntado y que Ud. considere importante? En caso afirmativo, diga cuál/es y si toma fármacos por ese motivo, díganos el nombre y frecuencia con que lo toma.

ENFERMEDAD	AÑO	FARMACO	FRECUENCIA	FARMACO	FRECUENCIA
Enf 1					
Enf 2					
Enf 3					

OBSERVACIONES

Test TEPT

1. ¿Rememora imágenes o recuerdos dolorosos que no puede apartar de su mente?

0. No/Nunca.

1. Leve: muy rara vez

2. Moderado: al menos una vez por semana y son algo estresantes.

3. Grave: al lo menos 4 veces por semana y son moderadamente estresantes.

4. Extremadamente grave: A diario y le producen mucho estrés. Interfieren negativamente en su vida social y laboral.

2. ¿Cuándo vive algo que le recuerda lo sucedido tiene alguna respuesta física? (temblores, palpitaciones, náuseas, hiperventilación, mareos, etc.)

0. No/Nunca

1. Leve: muy rara vez.

2. Moderado: Le producen algo de estrés.

3. Grave: son muy estresantes.

4. Extremadamente grave: A diario y le producen mucho estrés. Se asusta hasta el punto de pedir ayuda o pensar que sufre un ataque.

3. ¿Evita lugares, gente, conversaciones o actividades que le recuerdan lo sucedido (Noticias, televisión, ciertos lugares, reuniones...)?

0. No/Nunca

1. Leve: muy rara vez

2. Moderado: Evita estas situaciones

3. Grave: Siente mucha incomodidad y afecta algo a su vida.

4. Extremadamente grave: Le afecta gravemente a su vida social y laboral, no sale de casa.

4. ¿Ha perdido el interés en cosas con las que antes disfrutaba?

0. No/Nunca

1. Leve: muy rara vez. Ha dejado de hacer alguna actividad.

2. Moderado: Ha dejado de hacer varias de estas actividades.

3. Grave: Ha dejado de hacer muchas actividades placenteras.

4. Extremadamente grave: No hace casi nada que le cause placer.

5. ¿Tiene menos contacto con la gente del que solía tener? ¿Se siente distanciado de la gente?

0. No/Nunca

1. Leve: muy rara vez.

2. Moderado: Alguna vez evita contactos cotidianos.

3. Grave: Evita claramente a sus contactos cotidianos.

4. Extremadamente grave: Rechaza y evita la vida social.

6. ¿Tiene problemas para expresar sus sentimientos afectivos después de lo sucedido?

0. No/Nunca

1. Leve: muy rara vez tiene dificultad.

2. Moderado: alguna dificultad para expresar sentimientos

3. Grave: Dificultad clara para expresar sentimientos.

4. Extremadamente grave: Muchísima dificultad para expresar sentimientos.

7. ¿Se encuentra siempre en estado de alerta? ¿Cómo si algo grave fuera a suceder?

0. No/Nunca

1. Leve: muy rara vez.

2. Moderado: alguna vez se siente nervioso o vigilante.

3. Grave: molesto, nervioso y vigilante gran parte del tiempo.

4. Extremadamente grave: Muy molesto, nervioso y en alerta la mayor parte del tiempo. Altera su vida cotidiana.

8. ¿Se asusta con facilidad? ¿Se sobresalta por cualquier cosa?

0. No/Nunca

1. Leve: muy rara vez.

2. Moderado: alguna vez se sobresalta y se asusta

3. Grave: Se sobresalta mucho a la semana

4. Extremadamente grave: Esta muy sobresaltado y le producen mucho estrés. Interfieren negativamente en su vida social y laboral.