

Cuestionario sobre la exposición ambiental y posible hipersensibilidad a productos químicos

Este cuestionario, preparado por la sección de Toxicología del Hospital Clinic de Barcelona y basado en el QEESI (Quick Environmental Exposure and Sensitive Inventory), pretende conocer un poco mejor, su grado de exposición y tolerancia a diversos productos químicos en el ambiente.

Las preguntas hacen referencia a sus actuales o más recientes problemas de salud, aparecidos o agravados cuando se expone a un producto químico. No nos referimos a alergias, que a lo mejor tiene desde siempre. Tampoco nos referimos a si un olor le “molesta” o le resulta desagradable, sino que queremos identificar aquellos olores que realmente le hacen sentir mal. Sus respuestas nos ayudarán a comprender mejor la intolerancia de algunas personas a múltiples productos químicos, y serán analizadas de forma confidencial.

El cuestionario tiene 50 preguntas agrupadas en 5 tablas.

Le pedimos que conteste a este cuestionario, aportando la mejor respuesta desde el punto de vista, a su situación personal y a la gravedad de los síntomas. Algunas preguntas se refieren a grupos de productos químicos y puede que usted sea sensible solo a algunos de ellos. En este caso, su respuesta deberá darla en relación a estos productos que no tolera.

Tardara unos 10 o 15 minutos en contestar todas las preguntas. Intente no dejar respuestas en blanco.

Nombre:

Edad:

Sexo (mujer/hombre):

Profesión:

Municipio de residencia:

Municipio de su lugar de trabajo:

¿ Cual es el origen de sus problemas de actuales de salud 8si es que tiene algún problema)?:

Fecha de cumplimentación del cuestionario:

1ª Escala. Exposición inhalatoria a productos químicos

Indique si alguno de los siguientes olores o exposiciones ambientales le hace sentir mal, es decir, si le provoca dolor de cabeza, dificultades para pensar, debilidad, dificultad para respirar, náuseas, mareos, etc.

Puntúe cada respuesta del 0 al 10: 0 significa no hay ningún problema, 5 que tiene unos síntomas moderados y 10 que se siente muy mal.

Conteste a todas las preguntas poniendo una cruz (X) en la columna numerada que mejor se adapte a sus sensaciones frente a estos productos

Exposición	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Gasoil, gasolina o humos procedentes del tubo de escape de un coche autobús o de un barco.											
2. Humo del tabaco											
3. Insecticidas en sprays de uso doméstico											
4. Pasar por delante de una gasolinera.											
5. Pintura o disolventes de pinturas.											
6. Lejía otros limpiadores y desinfectantes domésticos.											
7. Perfumes y ambientadores.											
8. Alquitrán o asfalto recién puesto.											
9. Esmalte de uñas, quitaesmalte o laca para el pelo.											
10. Moqueta nueva, cortina de plástico nueva o coche nuevo.											

Añada otros productos químicos que intolere y no se hayan citado en la tabla anterior y puntúelos del 0 al 10

Producto	Puntuación

2ª Escala: Exposición no inhalatoria a productos químicos

Ahora se le pregunta por otros productos que ingiere por vía oral (alimentos o bebidas) o que contactan con su piel. Indique si alguno de ellos le hace sentir mal (dolor de cabeza, dificultades para pensar, debilidad, dificultades para respirar, náuseas, mareos, erupciones en la piel, etc.).

Puntúe cada respuesta del 0 al 10: 0 significa no hay ningún problema, 5 que tiene unos síntomas moderados y 10 que se siente muy mal.

Conteste a todas las preguntas poniendo una cruz (X) en la columna numerada que mejor se adapte a sus sensaciones frente a estos productos

Exposición	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ¿Cómo me siento si bebo agua corriente del grifo?											
2. ¿Cómo me siento si como azúcar, pizza, comida grasa, carne, cebolla, alimentos cocinados en una barbacoa, comida muy especiada, comida con glutamato o si bebo leche?											
3. ¿Cómo me siento si no puedo comer aquella comida que me gusta mucho, o si no puedo comer?											
4. ¿Cómo me siento después de comer?											
5. ¿cómo me siento después de tomar café, té, coca-cola o chocolate? Si hace años que no toma estos productos márkelo aquí:											
6. ¿cómo me siento si no tomo mi cantidad habitual de café, té, coca-cola o chocolate? Si hace años que no toma estos productos márkelo aquí:											
7. ¿Cómo me siento si bebo una cerveza, un vaso de vino o una copa de cava? Si hace años que no toma estos productos márkelo aquí:											
8. ¿Cómo me siento si mi piel contacta con el textil, las joyas, las cremas corporales o los cosméticos?											
9. ¿Cómo me siento si tomo un antibiótico o un analgésico, o si me ponen una vacuna?											
10. ¿ Como me siento si me expongo al polen de los arboles, al polvo, o a la picadura de un insecto											

3ª escala: severidad de los síntomas

Las siguientes preguntas hacen referencia a los síntomas que usted viene notando en estos últimos meses.

Puntúe cada respuesta del 0 al 10: 0 significa no hay ningún problema, 5 que tiene unos síntomas moderados y 10 que se siente muy mal.

Conteste a todas las preguntas poniendo una cruz (X) en la columna numerada que mejor se adapte a sus sensaciones.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Tengo problemas con mis músculos o mis articulaciones, como dolor, rampas, rigidez o debilidad.											
2. Los ojo me queman o están irritados. Me cuesta respirar, tengo tos, tengo mucha mucosidad o tengo infecciones respiratorias.											
3. El corazón se acelera, el ritmo de mi corazón es irregular, tengo palpitaciones o malestar en el tórax.											
4. Tengo dolor de estomago, calambres intestinales, se me mueven las tripas, se me hincha la barriga, tengo nauseas, diarreas o estreñimiento											
5. Tengo problemas para pensar, me cuesta concentrarme, no recuerdo las cosas, me desoriento, me cuesta tomar decisiones.											
6. Me siento nervioso, irritable, deprimido, tengo ataques de ira, he perdido la motivación por cosas que me interesaban.											
7. Tengo problemas de equilibrio y coordinación, las piernas se me duermen, me cuesta fijar la mirada.											
8. Tengo dolor de cabeza, me pesa la cabeza o la cara.											
9. Me salen erupciones en la piel, urticaria o tengo la piel muy seca.											
10. Tengo dolor en el bajo vientre, tengo que orinar muy frecuentemente, me urge orinar. Si Ud es mujer: ¿Tiene trastornos en relación con la menstruación?											

4ª Escala: identificación de exposición a productos químicos

En la siguiente tabla, pretendemos conocer si esta actualmente expuesto a una serie de productos. Marque con un círculo el NO si no esta expuesto o si no sabe si está expuesto. Marque con un círculo el SI, si sabe con seguridad que esta expuesto.

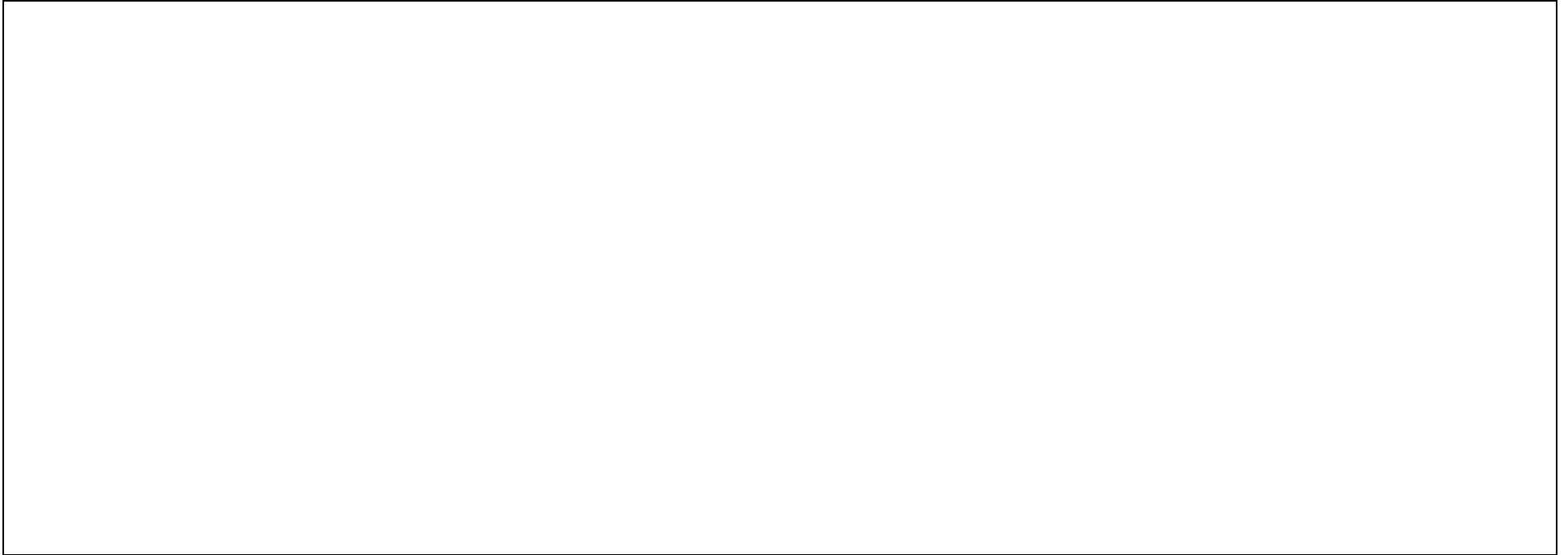
1. Fumo, por lo menos, una vez por semana	NO	SI
2. Bebo cerveza, vino cava, whisky, ron, ginebra u otras bebidas alcohólicas, al menos una vez por semana.	NO	SI
3. Tomo café, cortado, café con leche, te o coca-cola, al menos una vez por semana.	NO	SI
4. Me pongo perfume, laca para el pelo, colonia, desodorante o after shave, al menos un vez por semana.	NO	SI
5. En mi casa o en mi lugar de trabajo, se ha realizado una fumigación con insecticidas en los últimos meses.	NO	SI
6. En mi casa o en mi lugar de trabajo o en otras actividades, estoy expuesto a productos químicos, humos, gases o vapores.	NO	SI
7. En mi casa hay personas que fuman.	NO	SI
8. Mi cocina funciona con gas natural, o gas butano o gas propano.	NO	SI
9. Utilizo suavizantes para la ropa de vestir o de la cama.	NO	SI
10. Tomo al menos una vez por semana, alguna pastilla de cortisona, de algún antiinflamatorio, antidepresivo, para la ansiedad o para dormir, o alguna droga.	NO	SI

5ª Escala: impacto de las hipersensibilidades

Se trata ahora de ver como repercute en su vida diaria, la posible hipersensibilidad que tenga a algunos productos químicos o alimentos. Es decir, se trata de saber si estas hipersensibilidades están influyendo o no, en una serie de actividades cotidianas. Puntee cada respuesta del 0 al 10: 0 significa que no hay ninguna influencia o repercusión, 5 que hay una repercusión moderada y 10 que influye mucho. Conteste a todas las preguntas poniendo una cruz (x) en la columna que mejor se adapte a sus sensaciones.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Mis hipersensibilidades (si las tiene), han hecho modificar lo que como habitualmente.											
2. Mis hipersensibilidades, han reducido mi capacidad para ir al trabajo o a la escuela. Si actualmente está de baja laboral, márkelo aquí:											
3. Mis hipersensibilidades me han obligado a cambiar algunos muebles de mi casa o no comprar algunos muebles que tenía previsto o hubiera querido comprar.											
4. Mis hipersensibilidades me han obligado a hacer cambios en la ropa que elijo para vestirme.											
5. Mis hipersensibilidades me han hecho modificar los medios de transporte que utilizo en mis desplazamientos.											
6. Mis hipersensibilidades me han hecho modificar la elección de mis productos de aseo personal.											
7. Mis hipersensibilidades han reducido mi capacidad para encontrarme con otras personas en restaurantes, bares, teatros, cine, iglesia u otros lugares de reunión.											
8. Mis hipersensibilidades han modificado mis hobbies o distracciones.											
9. Mis hipersensibilidades influyen negativamente en las relaciones con mi familia o con mi pareja.											
10. Mis hipersensibilidades influyen negativamente en mi capacidad para limpiar la casa, planchar o cortar el césped del jardín.											

En este espacio, puede añadir cualquier comentario ampliar alguna información relevante para su salud y relacionada con la exposición a productos químicos, y que no le hemos preguntado previamente:



Gracias por su colaboración