**Estudio HORMONIT**

**Sobre luminosidad en el trabajo y posibles cambios en los niveles hormonales**

**ID:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Datos Personales**

Nombre:

Apellido 1: Apellido 2:

Fecha: I\_\_\_I\_\_\_I - I\_\_\_I\_\_\_I - I\_\_\_I\_\_\_I\_\_\_I\_\_\_I

Hora de inicio de la entrevista: I\_\_\_I\_\_\_I : I\_\_\_I\_\_\_I

 

**D. TABACO**

D7. ¿Ha fumado durante las **últimas 24h**?

Sí 1

No.................. 2 *[saltar a Sección E]*

No sabe 9

D8. ¿Cuánto ha fumado durante las **últimas 24h**?

Número de cigarrillos: |\_\_|\_\_|

Número de puros: |\_\_|\_\_|

Tabaco de pipa en: |\_\_|\_\_|\_\_| gramos

D9. ¿Cuánto hace que ha fumado su último cigarrillo? |\_\_|\_\_|minutos / horas

**E. CAFÉ- ALCOHOL**

E2. ¿Durante **las últimas 24 horas** cuánto ha consumido de cada una de estas bebidas?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| BEBIDAS | 0 | 1 | 2-3 | 4-5 | 6+ |
| Café (1 taza) |  |  |  |  |  |
| Café descafeinado (1 taza) |  |  |  |  |  |
| Té (1 taza) |  |  |  |  |  |
| Refrescos con cafeína (1 lata, 250cc) |  |  |  |  |  |
| Vino tinto, blanco y cava (1 vaso, 125 cc) |  |  |  |  |  |
| Cerveza (una caña o botellín 1/5, 200 cc) |  |  |  |  |  |
| Cerveza sin alcohol (una caña o botellín 1/5, 200 cc) |  |  |  |  |  |
| Licores (20-25º): de frutas, de crema (Catalana, *Bayleys*), vermut (1 copa, 50 cc) |  |  |  |  |  |
| Aguardientes 40º (1 copa, 50 cc) |  |  |  |  |  |

**F. HÁBITOS ALIMENTICIOS**

F2. Me gustaría preguntarle ahora sobre las horas en las que ha comido en las **últimas 24 horas:**

* + Desayuno a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_|
  + Comida/almuerzo a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_|
  + Merienda a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_|
  + Cena a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_|
  + Otras comidas |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_|

**G. ACTIVIDADES FÍSICAS**

A continuación le preguntaré sobre **actividades físicas** que ha realizado en las últimas **24h fuera de horas de trabajo**, incluyendo caminar, realizar algún deporte, ir al gimnasio, etc.

|  |
| --- |
| G7. ¿Qué tipo de actividad física ha realizado en las **últimas 24h**? |
| 1: |
| 2: |
| 3: |
| 4: |

**H. ANTECEDENTES MÉDICOS PERSONALES**

A continuación le haré algunas preguntas sobre el uso de medicamentos:

H8. ¿Ha tomado algún medicamento en las **últimas 24h**?

Sí 1 (rellene la tabla)

No 2

No sabe 9

|  |  |
| --- | --- |
| H9. ¿Recuerda el nombre del medicamento? | H10. ¿Para qué síntoma/ enfermedad lo está tomando? |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

H11. Durante **las últimas 24 horas,** ¿ha tomado alguno de los medicamentos de la siguiente lista?

Aspirina o algún otro anti-inflamatorio no esteroideo (AINES) SI NO

(tipo ibuprofeno, diclofenaco, piroxicam, etc)

Medicamentos para tratar el insomnio (hipnóticos) SI NO

Suplementos de melatonina SI NO

Sedantes o relajantes muscular SI NO

**K. Hábitos de sueño entre dos turnos de NOCHE**

K1. ¿A qué hora se acuesta normalmente?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

*[Nota entrevistador: consignar todas las horas usando la escala de 24 h]*

K2. Si tiene en cuenta que puede permanecer despierto algún tiempo cuando está en la cama (leyendo, mirando la tele, etc.), ¿en realidad a qué hora apaga las luces y está listo para dormir?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

K3. Durante este tiempo, ¿utiliza algún dispositivo electrónico que emita luz (TV, móvil, tablet, etc.)?

Sí 1

No 2

K4. ¿Cuántos minutos necesita para conciliar el sueño?

|\_\_|\_\_| minutos NS=99

K5. ¿A qué hora se despierta?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

K6. ¿Utiliza despertador?

Sí 1

No 2

K7. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que decide levantarse?

|\_\_|\_\_| minutos NS=99

k8. ¿Hace siesta?

Sí 1

No 2 (saltar a 19)

K9. ¿Desde qué hora hasta qué hora hace siesta?

De las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas

K10. ¿Hay razones particulares por las que no puede elegir libremente sus horas de sueño en turnos de NOCHE?:

Sí 1

No 2 (saltar a 22)

K11. Si "Sí": ¿Cuál es la razón?

|\_\_| Hijo (s) / mascota (s)

|\_\_| Aficiones

|\_\_| Otros. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

K12. ¿Cómo considera que es la luminosidad de su habitación cuando duerme durante la noche?

Oscura (No puede ver la mano en frente de su cara o usa mascarilla para dormir).........1

Moderadamente oscura (Puede ver hasta dónde acaba la habitación)….………................2

Clara (Puede casi leer)...............................................................................................3

No sabe...................................................................................................................9

K13. De la siguiente lista, por favor, dígame si padece alguna de estas situaciones:

Insomnio SÍ NO

Sueño insuficiente SÍ NO

Sueño de mala calidad SÍ NO

Dificultades para conciliar el sueño SÍ NO

Desvelarse a media noche SÍ NO

Despertarse antes de tiempo SÍ NO

Tener sueño o cansancio cuando se despierta SÍ NO

Necesidad de tomar medicación para dormir SÍ NO

Otros (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SÍ NO

**L. Hábitos de sueño entre dos días libres después de los turnos de NOCHE**

L1. ¿A qué hora se acuesta normalmente?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

*[Nota entrevistador: consignar todas las horas usando la escala de 24 h]*

L2. Si tiene en cuenta que puede permanecer despierto algún tiempo cuando está en la cama (leyendo, mirando la tele, etc.), ¿en realidad a qué hora apaga las luces y está listo para dormir?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

L3. Durante este tiempo, ¿utiliza algún dispositivo electrónico que emita luz (TV, móvil, tablet, etc.)?

Sí 1

No 2

L4. ¿Cuántos minutos necesita para conciliar el sueño?

|\_\_|\_\_| minutos NS=99

L5. ¿A qué hora se despierta?

|\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas NS= 99:99

L6. ¿Utiliza despertador?

Sí 1

No 2

L7. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se despierta hasta que decide levantarse?

|\_\_|\_\_| minutos NS=99

L8. ¿Hace siesta?

Sí 1

No 2 (saltar a 30)

L9. ¿Desde qué hora hasta qué hora hace siesta?

De las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas a las |\_\_|\_\_|: |\_\_|\_\_| horas

L10. ¿Hay razones particulares por las que no puede elegir libremente sus horas de sueño entre dos días LIBRES en turnos de NOCHE?:

Sí 1

No 2 (saltar a 22)

L11. Si "Sí": ¿Cuál es la razón?

|\_\_| Hijo (s) / mascota (s)

|\_\_| Aficiones

|\_\_| Otros. Especificar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

L12. ¿Cómo considera que es la luminosidad de su habitación cuando duerme durante la noche?

Oscura (No puede ver la mano en frente de su cara o usa mascarilla para dormir).........1

Moderadamente oscura (Puede ver hasta dónde acaba la habitación)….………................2

Clara (Puede casi leer)...............................................................................................3

No sabe...................................................................................................................9

L13. De la siguiente lista, por favor, dígame si padece alguna de estas situaciones:

Insomnio SÍ NO

Sueño insuficiente SÍ NO

Sueño de mala calidad SÍ NO

Dificultades para conciliar el sueño SÍ NO

Desvelarse a media noche SÍ NO

Despertarse antes de tiempo SÍ NO

Tener sueño o cansancio cuando se despierta SÍ NO

Necesidad de tomar medicación para dormir SÍ NO

Otros (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SÍ NO

FIN DE LA ENTREVISTA

**RECOGIDA DE LAS MUESTRAS DE ORINA Y DE LOS MEDIDORES DE LA LUZ**

**Especifica donde y cuando se recogerán las muestras de orina, la hoja de horas y el medidor:**

Lugar de recogida: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de recogida: \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_

Horario de recogida (rango de 2 horas): De \_\_ \_\_: \_\_ \_\_ a \_\_ \_\_: \_\_ \_\_

**X. CALIDAD DE LA ENTREVISTA**

X1. Resultado final de la entrevista

Acabada 1

Acabada parcialmente 2

Otras (especificar) 3

X2. La cooperación de la persona entrevistada fue:

Muy buena 1

Buena 2

Regular 3

Mala 4

X3. La calidad general de la entrevista es:

De alta calidad 1

Fiable 2

Cuestionable 3

Insatisfactoria 4

X4. Observaciones:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hora fin entrevista: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_