

Enmascaramiento

- | | | |
|--|----------|----------|
| 1 Fuma Vd. al menos una vez por semana. | NO (0) | SI (1) |
| 2 Toma bebidas alcohólicas al menos una vez por semana. | NO (0) | SI (1) |
| 3 Consume bebidas con cafeína al menos una vez por semana. | NO (0) | SI (1) |
| 4 Utiliza habitualmente (al menos una vez por semana) perfumes, colonias, laca para el cabello o productos cosméticos. | NO (0) | SI (1) |
| 5 Ha utilizado insecticida en su casa durante el último año. | NO (0) | SI (1) |
| 6 Ya sea en su casa o en el trabajo, está Vd. expuesto a sustancias químicas, humo o tabaco. | NO (0) | SI (1) |
| 7 Además de Vd. mismo si es el caso, fuma alguien más en su casa? | NO (0) | SI (1) |
| 8 Su cocina es de gas (ya sea natural, butano o propano). | NO (0) | SI (1) |
| 9 Utiliza suavizante para su colada de forma habitual. | NO (0) | SI (1) |
| 10 Toma habitualmente medicaciones como cortisona, analgésicos, antidepresivos, ansiolíticos, medicamentos para dormir o algún tipo de drogas. | NO (0) | SI (1) |

Suma Total (0 – 10):

Impacto en las AVD

- | | |
|--|---------------------|
| 1 Su dieta. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| 2 Su habilidad en el trabajo o en la escuela. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| 3 Cómo ha podido amueblar o decorar su casa. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| 4 La elección de su ropa. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| 5 Su capacidad de viajar a otras ciudades o de conducir un coche. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| 6 Su elección de productos de cuidado personal, como desodorantes o maquillaje. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| 7 Su relación social, como acudir a citas, ir a la iglesia, conciertos, restaurantes, etc. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| 8 Su forma de pasar el tiempo libre. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| 9 La relación con su pareja o su familia. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |
| 10 Su capacidad para limpiar la casa o cuidar el jardín o las plantas. | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ |

Suma Total (0—100):

Referencias:

Miller C., Prihoda T.: The Environmental Exposure and Sensitivity Inventory (EESI): a standardized approach for measuring chemical intolerances for research and clinical applications. Toxicol Ind Health 15 (1999) 370-385.

Traducción y validación al español por: Cuscó-Segarra AM, García-Fructuoso FJ, Poca-Días, V

Institut Ferran de Reumatologia, SL © www.institutferran.org
Paseo Manuel Girona 08034-BARCELONA Tel. 935522700



Nombre:

Fecha:

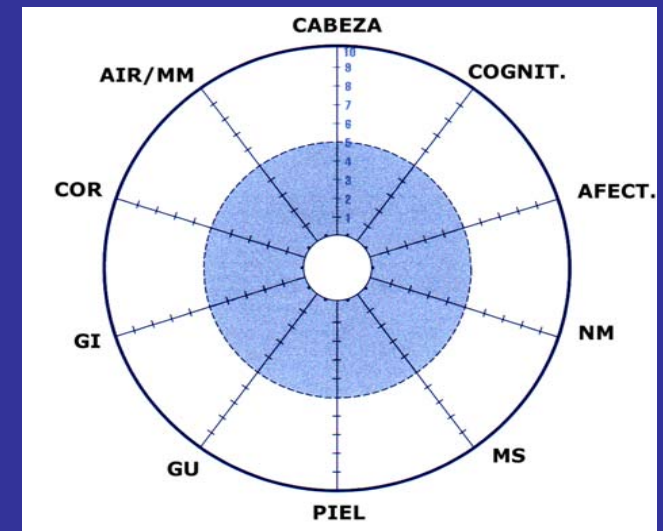
QEESI[®]-ES

Cuestionario Rápido de Exposición y Sensibilidad Ambiental V-2

El propósito de este cuestionario es ayudar a identificar problemas de salud que Vd. tenga y analizar si se relacionan con exposiciones o contactos químicos.

Responda a las cuestiones que se plantean en las páginas 1 a 5, siendo "0" ninguna afectación y "10" la máxima y entréguelo a su médico, por favor.

Diagrama de Síntomas en Estrella



(No dibuje en este diagrama, por favor)

Intolerancias Químicas

- 1 Gases de escape de motores de gasolina o diesel. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 2 Humo de tabaco. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 3 Insecticida. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 4 Gasolina, por ejemplo en la gasolinera mientras llena el depósito ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 5 Pintura o disolvente de pintura. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 6 Productos de limpieza como desinfectantes, lejía, limpia baños, fregasuelos, etc. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 7 Perfumes, ambientadores ú otras fragancias. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 8 Alquitrán o asfalto. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 9 Esmalte de uñas, quitaesmalte o laca para el cabello. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 10 Muebles nuevos, alfombras nuevas, una nueva cortina de baño o el interior de un coche nuevo. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩

Suma Total (0—100):

Cite otras exposiciones químicas que le hacen sentirse enfermo y puntúelas de 0 (mínimo) a 10 (máximo), por favor:

Otras Intolerancias

- 1 Agua del grifo (con cloro). ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 2 Algunos alimentos como azúcar, pizza, leche, comidas grasas, carnes, cebolla, ajo, comidas picantes, colorantes o aditivos. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 3 Antojos o sentirse mal si Vd. no puede comer algo. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 4 Sentirse mal después de comer. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 5 Cafeína, como café, té, refrescos de cola, chocolate. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 6 Sentirse mal si Vd. consume menos café, te o chocolate del habitual. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 7 Bebidas alcohólicas en pequeña cantidad como una cerveza o un vaso de vino. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 8 Tejidos, bisutería, productos cosméticos ú otros productos en contacto con su piel. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 9 No tolerar o presentar alergia o reacciones adversas con medicamentos o bien ante prótesis o implantes, contraceptivos químicos o mecánicos . ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 10 Problemas de alergia clásica, como por ejemplo: asma, rinitis, eccema) cuando se expone a árboles, hierba, polen, moho, picaduras o alimentos. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩

Suma total (0—100):

Síntomas

- 1 Problemas con sus músculos o articulaciones como dolor, calambres, contractura o debilidad. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 2 Quemazón o irritación en sus ojos. Problemas al respirar como dificultad para respirar profundamente, mucha mucosidad, muchas infecciones respiratorias. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 3 Problemas con su corazón o su pecho, como taquicardia, arritmias, extrasístoles o dolor. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 4 Trastornos digestivos, como dolor o distensión abdominal, nausea, diarrea o estreñimiento. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 5 Dificultad para concentrarse, recordar cosas o tomar decisiones. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 6 Sentirse nervioso, tenso, irritable, deprimido. Deseos de llorar, rabia o pérdida de motivación ante cosas que antes le interesaban. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 7 Problemas con el equilibrio o la coordinación de movimientos, adormecimientos ú hormigueos o dificultad para enfocar la vista. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 8 Dolores de cabeza o sensación de presión en su cabeza o cara. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 9 Trastornos en la piel como enrojecimientos, erupción o piel seca. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩
- 10 Trastornos urogenitales. Dolor pélvico o necesidad de orinar frecuentemente o con urgencia. Trastornos de ciclo menstrual. ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩

Suma total (0—100):