

ASOCIACIÓN ENTRE CONSUMO DE YERBA MATE (ILEX PARAGUARIENSIS) Y ENFERMEDAD DE PARKINSON: ESTUDIO CASO-CONTROL

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad(años)	<input type="text"/>	Control (Si/No)	<input type="checkbox"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> H	<input type="checkbox"/> M	Ficha N°	<input type="text"/>	
Raza	<input type="checkbox"/>	Caucasica	<input type="checkbox"/>	Negra	<input type="checkbox"/>	Amerindia	Otro	<input type="text"/>	
Nacionalidad	<input type="checkbox"/>	Argentino	Otra	<input type="text"/>					
Provincia de residencia	<input type="text"/>				Iniciales + ultimos tres numeros DNI <input type="text"/>				
Tipo de residencia	<input type="checkbox"/>	Urbana (mas de 200.000 hab)	<input type="checkbox"/>	Rural (menos de 200.000 hab)					
Escolaridad	<input type="checkbox"/>	No posee	<input type="checkbox"/>	Menor a 7 años	<input type="checkbox"/>	7-12 años	<input type="checkbox"/>	Mas de 12 años	
Estado civil	<input type="checkbox"/>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Divorciado	<input type="checkbox"/>	Viudo/a	Otro <input type="text"/>
Peso	<input type="text"/>	(Kg)	Altura	<input type="text"/>	(Mts)	BMI	<input type="text"/>	(Peso/Altura ²)	
Institución	<input type="text"/>				No desea participar			<input type="checkbox"/>	

Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Edad de inicio	<input type="text"/>	(años)	Años de enfermedad	<input type="text"/>	(años)
Inicio de los sintomas antes de la menopausia (Si es mujer)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Estadio de Hoehn & Yahr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Esta recibiendo tratamiento médico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Antecedentes de Parkinson (Padre/Madre/Hermana/o)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No			
Ancestros familiares	<input type="checkbox"/> Europeos	<input type="checkbox"/> Judíos Ashkenazis	Otros <input type="text"/>		

Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Nunca Fumo	<input type="checkbox"/> Ex. Tabaquista	
Años que no fuma	<input type="checkbox"/> < 5	<input type="checkbox"/> 5 a 10	<input type="checkbox"/> > 10
Años de fumador	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10 a 20	<input type="checkbox"/> > 20
Cantidad de cig promedio/día	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10 a 20	<input type="checkbox"/> > 20
<input type="checkbox"/> Fumador actual	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10 a 20	<input type="checkbox"/> > 20
Años de fumador	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10 a 20	<input type="checkbox"/> > 20
Cantidad de cig promedio/día	<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10 a 20	<input type="checkbox"/> > 20

<input checked="" type="checkbox"/> Te	<input type="checkbox"/>	Nunca tomó	<input type="checkbox"/> Toma actualmente o ha tomado (1 taza de té son 200 ml aproximadamente)
Cantidad de tazas por día		<input type="checkbox"/> 1 a 3	<input type="checkbox"/> Mas de 3
Años de consumo		<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10 a 20
Frecuencia de consumo		<input type="checkbox"/> >20	
		<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes	
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	
<input type="checkbox"/> Ex. Coconsumidor de Te			
Años que no consume		<input type="checkbox"/> < 5	<input type="checkbox"/> 5 a 10
Años que ha consumido		<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> >10
Frecuencia de consumo		<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes	
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	

<input checked="" type="checkbox"/> Café	<input type="checkbox"/>	Nunca tomó	<input type="checkbox"/> Toma actualmente o ha tomado
Cantidad de tazas por día		<input type="checkbox"/> 1 a 3	<input type="checkbox"/> Mas de 3
Años de consumo		<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10 a 20
Frecuencia de consumo		<input type="checkbox"/> >20	
		<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes	
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	
<input type="checkbox"/> Ex. Coconsumidor de Café			
Años que no consume		<input type="checkbox"/> < 5	<input type="checkbox"/> 5 a 10
Años que ha consumido		<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> >10
Frecuencia de consumo		<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes	
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	

<input checked="" type="checkbox"/> Mate	<input type="checkbox"/>	Nunca tomó	<input type="checkbox"/> Toma actualmente o ha tomado (<u>Mate Cocido</u>) - 1 taza son 200 ml aprox.
Cantidad de tazas por día		<input type="checkbox"/> 1 a 3	<input type="checkbox"/> Mas de 3
Años de consumo		<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10 a 20
Frecuencia de consumo		<input type="checkbox"/> >20	
		<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes	
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	
<input type="checkbox"/> Toma actualmente o ha tomado (<u>Mate en bombilla</u>)			
Cantidad de (litros) por día		<input type="checkbox"/> < 0,5 a 1	<input type="checkbox"/> 0,5 a 1
Años de consumo		<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> 10 a 20
Frecuencia de consumo		<input type="checkbox"/> >1	
		<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes	
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	
<input type="checkbox"/> Ex. Coconsumidor de Mate			
Años que no consume		<input type="checkbox"/> < 5	<input type="checkbox"/> 5 a 10
Años que ha consumido		<input type="checkbox"/> < 10	<input type="checkbox"/> >10
Frecuencia de consumo		<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes	
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	

<input checked="" type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Nunca tomó	<input type="checkbox"/> Toma actualmente o ha tomado
Tipo de bebida		
<input type="checkbox"/> Vino blanco		<input type="checkbox"/> Vino tinto
<input type="checkbox"/> Whisky		<input type="checkbox"/> Ginebra
<input type="checkbox"/> Vodka		<input type="checkbox"/> Champagne
<input type="checkbox"/> Cerveza		<input type="checkbox"/> Tequila
Otro <input type="text"/>		
Cantidad de vasos por día (1 vaso son 100 ml aproximadamente)		
<input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> Mas de 3		
Años de consumo		
<input type="checkbox"/> < 10 <input type="checkbox"/> 10 a 20 <input type="checkbox"/> > 20		
Frecuencia de consumo		
<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes 2-4 veces por mes 4-12 veces por mes > 12-30 veces por mes		
<input type="checkbox"/> Ex. Coconsumidor de Alcohol		
Años que no consume		
<input type="checkbox"/> < 5 <input type="checkbox"/> 5 a 10 <input type="checkbox"/> > 10		
Años que ha consumido		
<input type="checkbox"/> < 10 <input type="checkbox"/> 10 a 20 <input type="checkbox"/> > 20		
Frecuencia de consumo		
<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes 2-4 veces por mes 4-12 veces por mes > 12-30 veces por mes		