

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

Enfermedad de Parkinson	<input type="text"/> Si <input type="text"/> 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="text"/> Si <input type="text"/> No
Estadio de Hoehn & Yahr	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5
Esta recibiendo tratamiento médico	<input type="text"/> Si <input type="text"/> No
Antecedentes de Parkinson (Padre/Madre/Hermana/o)	<input type="text"/> Si <input type="text"/> No
Ancestros familiares	<input type="text"/> Europeos <input type="text"/> Judíos Ashkenazis <input type="text"/> Otros <input type="text"/>

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

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"/> < 1 vez al mes	<input type="checkbox"/> >20
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	<input type="checkbox"/>
<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 a 20
Frecuencia de consumo		<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes	<input type="checkbox"/> >10
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	<input type="checkbox"/> >20
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	<input 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"/> < 1 vez al mes	<input type="checkbox"/> >20
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ex. Coconsumidor de Cafe		
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 a 20
Frecuencia de consumo		<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes	<input type="checkbox"/> >10
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	<input type="checkbox"/> >20
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	<input 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"/> < 1 vez al mes	<input type="checkbox"/> >20
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	<input type="checkbox"/>
<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 vez al mes	<input type="checkbox"/> > 1
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	<input type="checkbox"/> >20
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	<input type="checkbox"/>
<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 a 20
Frecuencia de consumo		<input type="checkbox"/> < 1 vez al mes	<input type="checkbox"/> >10
		<input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes	<input type="checkbox"/> >20
		<input type="checkbox"/> 4-12 veces por mes	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> > 12-30 veces por mes	<input type="checkbox"/>

Alcohol

Nunca tomó

Toma actualmente o ha tomado

Tipo de bebida

Vino blanco

Whisky

Vodka

Cerveza

Vino tinto

Ginebra

Champagne

Tequila

Otro

Cantidad de vasos por día
(1 vaso son 100 ml aproximadamente)

1 a 3

1 a 3

Mas de 3

Años de consumo

< 10

10 a 20

>20

Frecuencia de consumo

< 1 vez al mes

2-4 veces por mes

4-12 veces por mes

> 12-30 veces por mes

Ex. Coconsumidor de Alcohol

Años que no consume

< 5

5 a 10

>10

Años que ha consumido

< 10

10 a 20

>20

Frecuencia de consumo

< 1 vez al mes

2-4 veces por mes

4-12 veces por mes

> 12-30 veces por mes