

FINAL REPORT

THE PILOT EPIDEMIOLOGIC ASSESSMENT OF MICROBIAL INDICATORS FOR MONITORING RECREATIONAL WATER QUALITY IN MARINE SUB/TROPICAL ENVIRONMENTS

APPENDICES

Human Subject (IRB) Approval

- UM
- FL DOH

Study Consent Form (English & Spanish)

Study Questionnaires (English & Spanish)

- Of note, in this study, we combined the 2 follow up questionnaires due to limited resources: we used the first page of the 7 day follow up and then the entire Postal Questionnaire; both questionnaires were administered over the phone in English and Spanish at day 7 after the Study exposure.
- The original Questionnaires were provided by Dr David Kay (dave@crehkay.demon.co.uk) and have been used in similarly designed studies in Europe

University of Miami EXPEDITED – APPROVAL

March 27, 2008

Lora Fleming, Ph.D., M.D.
University of Miami
Department of Epidemiology and Public Health
Medical Campus, Locator Code: R 669

HSRO STUDY
NUMBER: **20070306**

STUDY TITLE: **The Pilot Epidemiologic Assessment of Microbial Indicators for Monitoring
Recreational Water Quality in Marine Sub/Tropical Environments**

IRB ACTION DATE: **3/27/2008**

STUDY APPROVAL
EXPIRES: **3/26/2009**

On 3/27/2008 an IRB Chair approved the following items under the expedited review process.

APPROVAL INCLUDES:

Continuing Report (CRR005656)
Research Materials (English and Spanish Versions Only)

- Informed Consent Form

NOTE: Translations of IRB approved study documents, including informed consent documents, into languages other than English must be submitted to HSRO for approval prior to use.

A request to continue this study must be submitted to the HSRO at least **45 days** before IRB approval expires. If this study does not receive continuing IRB approval prior to expiration, all research activities must cease, and may officially be suspended or terminated.

All principal investigators must abide by and comply with all policies and procedures for the conduct of human subject research as posted on the HSRO website (<http://www.hsro.miami.edu>)

Sincerely,

Amanda Coltes-Rojas, MPH, CIP
Associate Director
Regulatory Affairs & Educational Initiatives

/ms

cc: IRB File
Jonathan Kish

Fl Dept of Health IRB
NOTIFICATION OF INSTITUTIONAL REVIEW BOARD APPROVAL

June 9, 2008

To: Lora E. Fleming

Protocol Title: The Pilot Epidemiologic Assessment of Microbial Indicators for Monitoring Recreational Water Quality in Marine Sub/Tropical Environments

DOH IRB Number: H07164

Funding Agency:

Submission Type: Continuing Review #1 for H07164

Review Type: Full Board Review

Approval Date: June 4, 2008

Expiration Date: June 3, 2009

The Department of Health Institutional Review Board **approved** your Application for Continuing Review on June 4, 2008. The study is re-approved for implementation.

As a reminder, the IRB must review and approve all human subjects research protocols at intervals appropriate to the degree of risk, but not less than once per year. **You are responsible for applying for renewal of this project at least 60 days prior to the expiration date of June 3, 2009. Action is required even if your study is closing.** Failure to complete an application for continuing review at least 60 days in advance of expiration is considered non-compliance by the Department of Health, and may result in closure of the study, reporting to institutional officials, and reporting to federal regulatory authorities, and suspension of funding, if funded by DOH.

Under federal regulations, if the IRB does not approve an application to continue research prior to expiration, then authorization to continue research expires automatically and all research must stop. Federal regulations do not allow any "grace" period or allow research to continue once authorization expires (except in limited circumstances).

Investigators are required to notify the IRB in writing as soon as possible, but within 10 working days, of the occurrence of any adverse events, unanticipated problems, injuries, side effects, deaths, other problems involving risks to subjects, or deviations from federal or state regulations, or DOH policy.

The IRB has approved exactly what was submitted. Any revisions to this protocol or consent form, no matter how

minor, must be presented to the IRB for review and approval before implementation of the changes, except where necessary to eliminate hazard to human subjects. If a change is required to eliminate an immediate hazard, the IRB should be notified as soon as possible but no later than 10 working days.

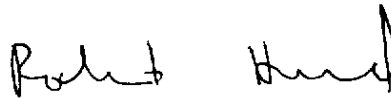
Research records must be maintained for three years after completion of the research; if the study involves medical treatment, it is recommended that records be maintained for eight years.

If you have any questions, or if we can be of any assistance, please contact the Department of Health IRB at (850) 245-4585 or toll-free in Florida (866)-433-2775.

You may also visit our website at: <http://flpublichealthethics.net/>

Thank you for your cooperation with the IRB.

Sincerely,



Robert Hood, Ph.D.
Ethics and Human Research Protection Program
Assistant Director, Office of Public Health Research

Federal Wide Assurance#: 00004682



CONSENT TO PARTICIPATE IN A RESEARCH STUDY

The Pilot Epidemiologic Assessment of Microbial Indicators for Monitoring Recreational Water Quality in Marine Sub/Tropical Environments

The following information describes the research study in which you are being asked to participate. Please read the information carefully. At the end, you will be asked to sign if you agree to participate.

PURPOSE OF STUDY:

You are being asked to participate in a research study. The purpose of this study is to evaluate the relationship between human health, and the physical and microbial characteristics of coastal marine waters and its beaches. You are being asked to be in the study because you are an adult resident of South Florida and you already go to Miami beaches.

PROCEDURES:

You will be given an appointment to come to Hobie Beach (Virginia Key) to participate in this Study. When you arrive at Hobie Beach for your Study Appointment:

1. You will be asked a Baseline Questionnaire and a Pre-Exposure Questionnaire which will include brief questions on any current illnesses and symptoms, alternative risk factors, and a brief health history.
2. You will then be randomized (assigned by chance like flipping a coin) to a study group with “water exposure” or “no water exposure.”
 - a. If you are in the “water exposure” study group, you will then:
 - i. Spend 10-15 minutes in waist-deep water in a demarcated study environmental sampling area and dunk your head completely under water at least 3 times;
 - b. If you are in the “no water exposure” group, you will then:
 - i. Spend time on the beach at a demarcated study environmental sampling site away from the water (“no water exposure”).
3. Before leaving the beach, you will be asked a Post-Exposure Questionnaire which will include brief questions on any current symptoms and alternative risk factors, and you will be given an appointment for a follow up phone call interview.
4. Seven (7) days after the beach visit, you will be called for a short telephone Follow-up Questionnaire with brief questions including any symptoms occurring since the beach visit, whether you have sought medical care or missed work or school, or if you have returned to the beach.

The length of time you are expected to participate in the study is one week as a one-time activity.

RISKS AND/OR DISCOMFORTS:

This study will require you to spend approximately 2 hours at the beach, either sitting in a designated part of the beach without water exposure or spending 10-15 minutes in the water with head dunking. We do not anticipate you will experience any personal risk or discomfort from taking part in this study.

BENEFITS:

No benefits can be promised to you from your participation in this study. The study is expected to benefit society by helping us to protect the health of people like you who enjoy the recreational waters and beaches of Florida and other sub/tropical areas.

ALTERNATIVES:

You do not have to participate in the research.

CONFIDENTIALITY:

By signing this consent, you authorize the Investigators(s) and her staff to access your study information as may be necessary for purposes of this study. The investigators and their assistants will consider your records confidential to the extent permitted by law. The U.S Department of Health and Human Services (DHHS) may request to review and obtain copies of your records. Your records may also be reviewed for audit purposes by authorized University or other agents who will be bound by the same provisions of confidentiality.

COSTS:

There are no costs associated with your participation in this study. Although injury is unlikely, if injury should occur, treatment will in most cases be available. If you have insurance, your insurance, or if your insurance company refuses to pay, you will be expected to pay. Funds to compensate for pain, expenses, lost wages and other damages caused by injury are not routinely available.

COMPENSATION:

You will receive a total of \$75 for participating in this study: \$40.00 at the time of completing the beach activities and \$35 through the mail after completing the Follow Up Interview.

RIGHT TO DECLINE OR WITHDRAW:

Your participation in this study is voluntary. You are free to refuse to participate in the study or withdraw your (his/her) consent at any time during the study. The Investigators reserve the right to remove you without your consent at such time that they feel it is in the best interest for you.

If you are an employee or student at the University of Miami, your desire not to participate in this study or request to withdraw will not adversely affect your status as an employee or grades at the University of Miami.

CONTACT INFORMATION:

The Principal Investigator, Dr Lora Fleming (305 421 4609) will gladly answer any questions you may have concerning the purpose, procedures, and outcome of this project. If you have questions about your rights as a research subject you may contact Human Subjects Research Office at the University of Miami, at (305) 243-3195 and Florida Department of Health Institutional Review Board (DOH IRB) at (866) 433-2775 (toll free in Florida) or 850-245-4585.

PARTICIPANT AGREEMENT:

I have read the information in this consent form and agree to participate in this study. I have had the chance to ask any questions I have about this study, and they have been answered for me. I am entitled to a copy of this form after it has been read and signed.

Signature of Participant

Date

Signature of person obtaining consent

Date

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Evaluación epidemiológica piloto de los indicadores microbianos para el control de la calidad de las aguas recreativas en ambientes marinos sub/tropicales

La siguiente información describe el estudio de investigación en el que se le pide que participe. Por favor, lea cuidadosamente la siguiente información. Al final, se le solicitará que firme si acepta participar.

OBJETIVO DEL ESTUDIO:

Se le pide que participe en un estudio de investigación. El objetivo de este estudio es evaluar la relación entre la salud humana y las características físicas y microbianas de las aguas marinas costeras y sus playas. Se le pide que participe en el estudio porque es residente adulto de Florida del Sur y ya visita las playas de Miami.

PROCEDIMIENTOS:

Se le programará una cita para que venga a Hobie Beach (Virginia Key) a participar en este estudio. Al llegar a Hobie Beach para la cita del estudio:

1. Deberá responder un Cuestionario inicial y un Cuestionario previo a la exposición; ambos incluirán preguntas cortas sobre las enfermedades y los síntomas que tenga en ese momento, los factores de riesgo alternativos, y una breve historia clínica.
2. Luego será aleatorizado (asignado al azar, como cuando se lanza una moneda) a un grupo de estudio “con exposición al agua” o “sin exposición al agua”.
 - a. Si está en el grupo de estudio “con exposición al agua”:
 - i. Pasará unos 10 ó 15 minutos con el agua hasta la cintura en un área delimitada para tomar la muestra ambiental del estudio y sumergirá la cabeza completamente debajo del agua al menos 3 veces.
 - b. Si está en el grupo de estudio “sin exposición al agua”:
 - i. Pasará un tiempo en la playa en un lugar delimitado para tomar la muestra ambiental del estudio, lejos del agua (“sin exposición al agua”).
3. Antes de irse de la playa, deberá responder un Cuestionario posterior a la exposición, que incluirá preguntas cortas sobre cualquiera de los síntomas que tenga en ese momento y los factores de riesgo alternativos. Además se programará una cita para la entrevista telefónica de seguimiento.
4. Siete (7) días después de la visita a la playa, lo llamarán por teléfono para que responda un Cuestionario corto de seguimiento, con preguntas breves que incluyen cualquiera de los síntomas que haya tenido desde la visita a la playa, si ha buscado atención médica o ha faltado al trabajo o a la escuela, o si ha vuelto a la playa.

La longitud de tiempo prevista para su participación en este estudio es una semana, con una única actividad.

RIESGOS O MOLESTIAS:

Este estudio requerirá que pase aproximadamente 2 horas en la playa, ya sea sentado en una zona designada de la playa sin exposición al agua o en el agua unos 10 a 15 minutos con la cabeza sumergida cada tanto. No prevemos que tenga ningún riesgo personal ni malestar por participar en este estudio.

BENEFICIOS:

No se le puede prometer ningún beneficio por su participación en este estudio. Se supone que el estudio beneficiará a la sociedad al ayudarnos a proteger la salud de las personas como usted, que disfrutan de las aguas recreativas y las playas de Florida y otras zonas subtropicales.

ALTERNATIVAS:

No es obligación que participe en la investigación.

CONFIDENCIALIDAD:

Al firmar este consentimiento, usted autoriza al (a los) Investigador(es) y a su personal a tener acceso a su información del estudio según sea necesario para los fines de este estudio. Los investigadores y sus asistentes tratarán sus registros con confidencialidad en la medida permitida por la ley. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S Department of Health and Human Services, DHHS) puede pedir la revisión o copias de sus registros. Sus registros también pueden ser revisados con fines de auditoría por la Universidad u otros agentes autorizados, que deberán cumplir con las mismas disposiciones en cuanto a la confidencialidad.

COSTOS:

No hay costos asociados con su participación en este estudio. Aunque es poco probable que se produzcan lesiones, si ocurren, en la mayoría de los casos se ofrecerá tratamiento. Si tiene seguro, la compañía aseguradora deberá pagar; pero, si ésta se niega, usted deberá hacerlo. No es parte del procedimiento de rutina ofrecer fondos para compensar por dolor, gastos, salarios perdidos y otros daños ocasionados por su participación.

COMPENSACIÓN:

Recibirá un total de \$75 por participar en este estudio: \$40 en el momento de finalizar las actividades en la playa y \$35 por correo después de la entrevista de seguimiento.

DERECHO A RETIRARSE:

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted es libre de negarse a participar en el estudio o cancelar su consentimiento en cualquier momento durante el estudio. Los Investigadores se reservan el derecho de retirarlo del estudio sin su consentimiento en el momento que crean que eso es lo más favorable para usted.

Si es empleado o estudiante de la Universidad de Miami, su deseo de no participar en este estudio o su solicitud de retirarse de éste no tendrá un efecto adverso en su condición de empleado ni en sus notas en la Universidad de Miami.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

La Investigadora Principal, Dra. Lora Fleming (305 421 4609), responderá gustosamente a las preguntas que tenga con respecto al objetivo, los procedimientos y el resultado de este proyecto. Si tiene preguntas sobre sus derechos como sujeto de una investigación, puede comunicarse con la Oficina de Investigación en Sujetos Humanos (Human Subjects Research Office) de la Universidad de Miami, al (305) 243-3195 y la Junta Institucional de Revisión del Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health Institutional Review Board [DOH IRB]) al (866) 433-2775 (sin cargo en Florida) o bien 850-245-4585.

ACUERDO DEL PARTICIPANTE:

He leído la información de este formulario de consentimiento y acepto participar en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer las preguntas que me surgieron sobre este estudio y me las han respondido. Tengo derecho a obtener una copia de este formulario después de haberlo leído y firmado.

Firma del participante

Fecha

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha

Personal Data Sheet

Strictly Confidential

To be removed and **retained** by the local field team

Interviewer's name _____ Interviewer no.

Subject name _____


Home Address _____

_____ Postcode _____

 home _____  mobile _____


Home e-mail address _____

Work/study address _____

Postcode _____  work _____

Work e-mail address _____

Contact details for follow-up (address for next 3 months) _____

Postcode _____  next 3 months _____

E-mail address for next 3 months _____

Name of family doctor _____

Address _____

_____ Postcode _____

 family doctor _____

How would you prefer to be contacted? *delete as applicable

Text to mobile phone

Email
* work / home / follow-up

Telephone
* work / home / follow-up

By post

Throughout the questionnaire, insert a number or a cross into the appropriate box, e.g. 6 or . Responses in italics, e.g. *Not sure*, *Other* should **not** be read out as one of the optional answers, as this may encourage the volunteer to answer in this way rather than think hard about a more definite answer. Offer these categories only when the volunteer is unable to give a more definite answer.

Date

Study number

Section One - Personal Details

1) Date of birth

2) Sex Male Female

3) Which of these categories best describes your occupation?

Office	<input type="checkbox"/>	Factory	<input type="checkbox"/>
Catering / leisure	<input type="checkbox"/>	Caring for others (e.g. hospital, school, nursing home)	<input type="checkbox"/>
Agriculture	<input type="checkbox"/>	Building / construction	<input type="checkbox"/>
Student, School / University	<input type="checkbox"/>	Other*	<input type="checkbox"/>

*Specify _____


4) What is the total number of people living in your household? (including the interviewee; 'household' = sharing facilities and at least one meal per day)

5) How many of these are: a) also taking part in this study?

b) under 5 years old?

6) a. Has anyone in your household been unwell with a possible infection **in the past two weeks?** ('possible infection' examples include diarrhoea, nausea, vomiting, sore throat, eye/ear infection)

Yes No Not sure

 If **no**, skip to question 7

b. If **yes**, please choose one of the following categories:

Diarrhoea, nausea or vomiting	Sore throat, cold or flu-like illness	Eye or ear infection	Other*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Specify other infection _____

Section Two – General Health

7) Do you have any **longstanding** illness, disability or infirmity? (Anything that has troubled you over a period of time or is likely to affect you over a period in the future)

Read out all response categories before accepting a 'no' answer

Yes No Not sure



If **no**, skip to question 8

If **yes**, mark in all boxes that apply from the list on this and the following page, prompting for each "Have you ever had...?" Use the space at the bottom of page 4 to describe any circumstances not covered by the variable boxes.

1. Arthritis **specify joints** _____
2. Back pain (including aches / lumbago / disc problems)
3. Raised blood pressure
4. Chest problems (including asthma / bronchitis)
5. Diabetes
6. Digestion problems (e.g. dyspepsia / ulcer) **specify** _____
7. Bowel problems (e.g. colitis, irritable bowels) **specify** _____
8. Hearing loss / ear problems
9. Heart disease (include angina)
10. Hepatitis / liver disease **if yes, specify type below**

Infectious Type A (infective jaundice)	Infectious Type B (serum hepatitis)	Other type (non-infectious etc)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Problems due to infection **specify** _____
12. Problems resulting from injury **specify** _____
13. Kidney or bladder problems, **specify** _____
14. Neurological problems, **specify** _____
(e.g. strokes, epilepsy, paralysis, neuralgia, migraine)
15. Allergic Rhinitis ("Hay fever")

16. Skin problems (e.g. eczema, psoriasis) specify _____
17. Stress / anxiety (requiring medical treatment) _____
18. Poor vision / eyes specify using numbers below _____
 (Short sight = 1, long sight = 2, glaucoma = 3, detached retina = 4, frequent eye irritation / red eyes = 5)
19. *Other problems* (please give a brief description) _____

8) a. Do you see a doctor regularly for any of these problems?
 ('regularly' = at least ONCE every THREE MONTHS)

Yes No Not sure



If no, skip to question 9

b. If **yes**, is this your family doctor, a hospital specialist, or both?

Family doctor Hospital specialist Both Other*

*Give details _____

9) How many times a year do you have diarrhoea? (an increase over your normal bowel habits equal to runny stool lasting at least 24 hours)

Often Sometimes Rarely
 Once or twice **per month** 3 to 11 **per year** Once or twice **per year**

Hardly ever Never Not sure
 Less than once **per year**

10) a. Have you, **in the past 6 months**, had an illness which caused you to stay home from work, miss normal activities or go to hospital?

*Yes No Not sure



If no, skip to question 11

*Diagnosis of illness _____

b. Were you admitted to hospital? Yes No

c. How long were you sick / off work? Weeks Days

If there is more than one illness, then refer to the most recent / most serious illness:

d. Month illness started (circle) Jan Feb Mar Apr May Jun Jul

e. Is this illness / any of these illnesses still giving you symptoms?

Yes No Not Sure

11) In the last 3 weeks, including today, have you had any of the following symptoms, lasting more than 24 hours?

(answer Yes, No or Not sure for **every** symptom);
Use a calendar to help ascertain the onset date and duration of each symptom.

Yes	No	Not sure	Onset date (dd/mm)	Duration (days)
-----	----	----------	--------------------	-----------------

1. Fever (hot & cold shivers, temp. > 37.5°C)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

2. Severe / unusual headache

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

3. Aching arms, legs, joints

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

4. Sore throat

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

5. Chest pains / aches

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

6. Dry cough

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

7. Productive cough (phlegm etc)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

8. Wheezing / shortness of breath

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

9. Runny nose

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

10. Ear Infection (sore / discharge)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

11. Eye Infection (sore / red / discharge)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

12. Blurred Vision (difficulty with eye sight)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

13. Loss of Appetite

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------

- 14. Indigestion (dyspepsia, heartburn)
- 15. Stomach Cramps (colic / lower abdomen)
- 16. Loose Bowel Motions (looser than normal)

	Yes	No	Not sure	Onset date (dd/mm)	Duration (days)
17. Diarrhoea (3 or more runny stools in <24 hours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
If yes , what was the most bowel movements you had in any one day?			<input type="text"/> <input type="text"/>		
18. Nausea (feeling sick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
19. Vomiting (being sick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
20. Skin rash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
21. Skin ulcer / sore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
22. Itching / irritation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
23. Excessive tiredness (unusual fatigue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
24. Giddy or dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
25. Pins and needles / tingling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
26. Muscle cramps (arms, legs etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

27. If you have had any symptoms for over 24 hours not on this list, please describe them, listing the onset date and duration:

For each additional symptom, mark the box at the start of the line, describe the symptoms and give the onset date and duration.

	Onset date (dd/mm)	Duration (days)
<input type="checkbox"/> Other 1 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Other 2 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Other 3 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

12) a. Do you smoke? Yes

No




If no, skip to question 13

b. If **yes**, which of the following do you smoke?

mark in all boxes that apply; include 'roll your own' as cigarettes

Cigarettes Cigar Pipe


c. How many in total do you smoke per day?  Now answer question 14

13) If you are an ex-smoker, how long has it been since you gave up?

1 month or less Between 1 month & 1 year 1 year or more

14) a. How often, if ever, do you drink alcohol?

At least once a week Less than once a week *Not Sure* Never drink alcohol

 If **never**, skip to question 15

b. Approximately how many units of alcohol have you consumed in the past 7 days?


[One unit = 250ml lager, cider, stout, etc;
50ml / one full measure of spirits, e.g whisky, vodka, gin etc
a small glass of fortified wine, e.g. martini, port, sherry etc
a glass of wine]

15) Would you say that last week was fairly typical of what you usually drink in a week?

Yes No (usually drink more) No (usually drink less)

16) a. Have you taken any tablets or medicines in the last four weeks? (Include regular / chronic prescriptions as well as drugs bought from the chemists / supplied by the clinic)

Yes No *Not Sure*

 If **no**, skip to question 17

b. If **yes**, which of the following have you taken? mark in all boxes that apply

Antibiotics Steroids Laxatives

Stomach Remedies (e.g. antacids) *Other Not Sure

*Specify _____

Section Three – Visits at Home and Abroad

17) a. In the past 4 weeks have you spent any nights away from home e.g. for a holiday, with work or to visit relatives?

Yes No Not sure



If no, skip to question 18

b. If yes, was this in Florida or abroad?

Florida Abroad Both

c. Please give the date(s) and place(s) visited below:

Location		Start Date (dd/mm)	Duration of stay (days)
1.	Florida <input type="checkbox"/> Abroad <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.	Florida <input type="checkbox"/> Abroad <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3.	Florida <input type="checkbox"/> Abroad <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Florida <input type="checkbox"/> Abroad <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

18) a. Apart from short holidays, have you spent any time in another country at any time in your life? (Excluding 2 week holidays)

Yes No Not sure



If no, skip to question 19

b. If yes, in which countries and for how long?

1 month or less	> 1 month and < 1 year	1 year to 3 years	> 3 years
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Country 1 _____

Country 2 _____

Country 3 _____

Country 4 _____

c. Were you born abroad? Yes No

Section Four – General Leisure Activities

19) In an average month, how often do you take part in the following activities at this time of the year?

	Frequent <3 times	Occasional 1-3 times	Not at all	<i>Not sure</i>	No. of times in past month
1. Bar / Pub	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Party	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Gym / Sport center	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Church / religious meetings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

20) In the summer months, how often do you take part in the following water-related sports / activities?

Please give average / typical exposure in times per month during the summer period given reasonable weather, and in fresh or sea water

	Frequent >3 times	Occasional 1-3 times	Not at all	<i>Not sure</i>	Sea water	Fresh water	No. of times in past month
1. Dinghy sailing / canoeing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Motor boating / rowing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Scuba diving / snorkelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Surfing / water ski / jet ski	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Include windsurfing, sailboarding etc.							
5. Fishing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
6. Paddling / wading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
7. Kayaking / white water rafting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
8. Other*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

*Please specify _____

21) a. How often do you take part in sea or fresh water bathing?

Average exposure per month during the summer period given reasonable weather

Sea Water

Frequent (>3 times) Occasional (1-3 times) Not at all Not sure

Fresh Water

Frequent (>3 times) Occasional (1-3 times) Not at all Not sure

If 'not at all' for both, skip to question 22

b. If **you do swim**, how far do you usually swim? (e.g. 1 length of a pool = 25 metres.)

--	--	--	--

c. Please specify where you have bathed **in the past 3 weeks**:

Location

Number of visits to location

1.	Florida	<input type="checkbox"/>	Abroad	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	Florida	<input type="checkbox"/>	Abroad	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	Florida	<input type="checkbox"/>	Abroad	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	Florida	<input type="checkbox"/>	Abroad	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22) How often do you use the following facilities? (no. of times in last month)

	Frequent >3 times	Occasional 1-3 times	Not at all	Not sure	No. of times in past month	
1. Public fresh water swimming pool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Public sea water swimming pool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Public spa / thermal pool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Other fresh water swimming pool (e.g. a private pool, hotel or lido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Other sea water swimming pool (e.g. a private pool, hotel or lido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. **Private** spa / thermal pool (e.g. a private pool, hotel or lido)

23) How often do you visit a beach without going into the water? (no. of times in last month)

	Frequent >3 times	Occasional 1-3 times	Not at all	Not sure	No. of times in past month
1. Fresh water	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Sea water	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

24) a. **In the last month** have you been to a theme / leisure park and used any water rides? (e.g. log rides, water shutes)

Yes No Not sure



If **no**, skip to question 25

b. If **yes**, was the site at home or abroad?

Florida Abroad

25) a. Do you have regular contact with animals, i.e at least once every 3 months?

Yes No Not sure



If **no**, skip to question 26

b. If **yes**, are they: mark in all boxes that apply

Farm animals Pet / Companion animals Other

c. List the 3 animals you mainly come into contact with:

1 _____ 2 _____ 3 _____

26) Are you able to swim competently? (Approximately 2 lengths of a swimming pool)

Yes No Not sure

27) Additional comments: use the space below to add any other information that you feel will help

this study (extra information about general health, travel / work abroad, and leisure activities relating to recreational use of water)

END

Strictly Confidential

Interviewer name _____

Interviewer no.

Throughout the questionnaire, insert a number or a cross into the appropriate box, e.g. or

Responses in italics, e.g. *Not sure*, *Other* should **not** be read out as one of the optional answers, as this may encourage the volunteer to answer in this way rather than

1) Have you eaten any of the following foods since the first interview, including today?

	Yes	No	<i>Not sure</i>	Prepared at home	Purchased ready-made at a catering outlet
a) Ice Cream	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Sandwiches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Chicken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Eggs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Mayonnaise (fresh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Hot Dogs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hamburgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Salad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Raw Milk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Cold Meat / Paté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Meat Pies / Pasties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Any Take-away Food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Sea Food* (e.g. shellfish / cockles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Specify sea food _____

2) **Since the first interview, including today, have you had any of the following symptoms?**

(answer Yes, No or Not sure for **every** symptom)

	Yes	No	Not sure
28. Fever (hot & cold shivers, temp. > 37.5°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Severe / unusual headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Aching arms, legs, joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Sore throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Chest pains / aches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Dry cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Productive cough (phlegm etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Wheezing / shortness of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Runny nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Ear Infection (sore / discharge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Eye Infection (sore / red / discharge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Blurred Vision (difficulty with eye sight)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Loss of Appetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Stomach Cramps (colic / lower abdomen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Loose Bowel Motions (looser than normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Diarrhoea (3 or more runny stools in <24 hours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes , what was the most most bowel movements you had in any one day?	<input type="text"/>		
45. Nausea (feeling sick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Vomiting (being sick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Skin rash on body	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Skin ulcer / sore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Itching / irritation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Excessive tiredness (unusual fatigue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Giddy or dizziness

	Yes	No	<i>Not sure</i>
52. Pins and needles / tingling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Muscle cramps (arms, legs etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. <i>Other*</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*If you have had any other symptoms that are not on this list, please write them in the space below:

No symptoms recorded **since the first interview**



If **no symptoms**, skip to

3) Ring all days on the calendar on which the symptoms occurred (e.g. the duration of the illness)

Month : _____

1	8	15	22	29
2	9	16	23	30
3	10	17	24	31
4	11	18	25	
5	12	19	26	
6	13	20	27	
7	14	21	28	

4) What was the first symptom? (Symptom number 1-27 from list above)

5) a. Have you seen your doctor about these symptoms?

Yes

No



If **no**, skip to

b. If **yes**, has an illness been diagnosed?

*Yes No

*Diagnosis _____

6) Apart from this study, have you been swimming, taken part in any water sports or water leisure activities, or visited a beach, **since the first interview**?

Yes No Not sure



If **no**, skip to

If **yes**, please give details _____

7) a. Have you had any contact with animals **since the first interview**?

Yes No Not sure



If **no**, skip to

b. If **yes**, were they: mark in all boxes that

Farm animals Pet, Companion animals Other

c. List the 3 animals you mainly came into contact with:

1. _____ 2. _____ 3. _____

8) Is there any other information you would like to add?

END

Strictly Confidential

Interviewer name _____

Interviewer no.

--	--

Throughout the questionnaire, insert a number or a cross into the appropriate box, e.g. or

Responses in italics, e.g. *Not sure*, *Other* should **not** be read out as one of the optional answers, as this may encourage the volunteer to answer in this way rather

1) Have you eaten any of the following foods since the bathing day?

	Yes	No	<i>Not sure</i>	Prepared at home	Purchased ready-made at a catering outlet
n) Ice Cream	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Sandwiches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Chicken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Eggs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Mayonnaise (fresh)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Hot Dogs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Hamburgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Salad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Raw Milk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Cold Meat / Paté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) Meat Pies / Pasties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Any Take-away Food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z) Sea Food* (e.g. shellfish / cockles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Specify sea food _____

2) **Since the bathing day**, have you had any of the following symptoms?

Answer Yes, No, Not sure for **every** symptom. Use the calendar on page 3 to help ascertain the onset date and duration of each symptom.

	Yes	No	Not sure	Onset date (July)	Duration (days)
55. Fever (hot & cold shivers, temp. > 37.5°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Severe / unusual headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Aching arms, legs, joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Sore throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Chest pains / aches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Dry cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Productive cough (phlegm etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Wheezing / shortness of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Runny nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Ear Infection (sore / discharge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Eye Infection (sore / red / discharge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Blurred Vision (difficulty with eye sight)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Loss of Appetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Stomach Cramps (colic / lower abdomen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Loose Bowel Motions (looser than normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Diarrhoea (3 or more runny stools in <24 hours)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

If **yes**, what was the most most bowel movements you had in any one day?

72. Nausea (feeling sick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Vomiting (being sick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Skin rash on body	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Skin ulcer / sore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Itching / irritation

77. Excessive tiredness (unusual fatigue)

78. Giddy or dizziness

	Yes	No	<i>Not sure</i>	Onset date (July)	Duration (days)
--	-----	----	-----------------	----------------------	--------------------

79. Pins and needles / tingling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Muscle cramps (arms, legs etc)

81. If you have had any symptoms not on this list, please describe them, listing the onset date and duration:

For each additional symptom, mark the box at the start of the line, describe the symptoms and give the onset date and duration.

		Onset date (July)	Duration (days)
<input type="checkbox"/>	Other 1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Other 2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Other 3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No symptoms recorded **since the bathing day**



If no symptoms, skip to

3) Ring all days on the calendar on which the symptoms occurred.
(When did the illness start, when did it finish and how long did it last?)

Month : _____

1	8	15	22	29
2	9	16	23	30
3	10	17	24	31
4	11	18	25	
5	12	19	26	
6	13	20	27	
7	14	21	28	

4) What was the first symptom? (Symptom number 1-27 from list above)

5) a. Have you seen your doctor about these symptoms?

Yes No



If no, skip to

b. If yes, has an illness been diagnosed?

*Yes No

*Diagnosis _____

6) a. How many days' work / normal activities did you miss because of this illness / symptom?

days' work / normal activities

b. Were you admitted to hospital?

Yes No

7) Apart from this study, have you been swimming, taken part in any water sports or water leisure activities, or visited a beach, **since the bathing day**?

Yes No Not sure



If no, skip to

If yes, please give details _____

8) a. Have you had any contact with animals **since the bathing day**?

Yes No Not sure



If no, skip to

b. If yes, are they: mark in all boxes that

Farm animals Pet, Companion animals Other

c. List the 3 animals you mainly came into contact with:

1 _____ 2 _____ 3 _____

9) Is there any other information you would like to add?

END

Strictly Confidential

Throughout the questionnaire, insert a number or a cross into the appropriate box, e.g.

1) Since the bathing day, have you have had any of the following symptoms?
Please answer **yes**, **no** or **not sure** for each. If you answer YES to any symptom, please give the date when it started (onset date) and how long it lasted for (duration).

	Yes	No	Not sure	Onset date (dd/mm)	Duration (days)
82. Fever (hot & cold shivers, temp. above 37.5°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
83. Severe / unusual headache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
84. Aching arms, legs, joints	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
85. Sore throat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
86. Chest pains / aches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
87. Dry cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
88. Productive cough (phlegm etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
89. Wheezing / shortness of breath	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
90. Runny nose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
91. Ear Infection (sore / discharge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
92. Eye Infection (sore / red / discharge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
93. Blurred Vision (difficulty with eye sight)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
94. Loss of Appetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
95. Indigestion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
96. Stomach Cramps (colic / lower abdomen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
97. Loose Bowel Motions (looser than normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
98. Diarrhoea (3 or more runny stools in under 24 hrs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
If yes , what was the most most bowel movements you had in any one day?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
99. Nausea (feeling sick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
100. Vomiting (being sick)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
101. Skin rash on body	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
102. Skin ulcer / sore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

103. Itching / irritation

	Yes	No	Not sure	Onset date (dd/mm)	Duration (days)
104. Excessive tiredness (unusual fatigue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
105. Giddy or dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
106. Pins and needles / tingling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
107. Muscle cramps (arms, legs etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

108. If you have had any symptoms hours not on this list, please describe them, listing the onset date and duration:

For each additional symptom, mark the box at the start of the line, describe the symptoms and give the onset date and duration.

	Onset date (dd/mm)	Duration (days)
<input type="checkbox"/> Other 1 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Other 2 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Other 3 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

No symptoms recorded **since the bathing day**

If no symptoms, skip to question 9

2) Were the symptoms you had all part of one illness?

YES (one illness)

NO (had more than one illness)

NOT REALLY AN ILLNESS (was not unwell)

UNSURE

3) Ring all days on the calendar on which the symptoms occurred (e.g. the duration of the illness)

Month : _____

1	8	15	22	29		
		2	9	16	23	30
		3	10	17	24	31
		4	11	18	25	

- | | | | |
|---|----|----|----|
| 5 | 12 | 19 | 26 |
| 6 | 13 | 20 | 27 |
| 7 | 14 | 21 | 28 |

4) What was the first symptom? (Symptom number 1-27 from list above)

5) Did you have more than one illness?

*Yes

No



If no, skip to question 6

*If yes, please give details below:

1 _____
 2 _____
 3 _____

Onset date (dd/mm)				Duration (days)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6) a. Referring back to the illness discussed in question 2, was this illness diagnosed by your doctor?

*Yes

No



If no, skip to question 7

*Diagnosis _____

b. May we approach your doctor for more information if necessary?

Yes

No

c. Did you take any drugs or medicines for your illness, prescribed by your doctor?

*Yes

No



If no, skip to question 7

*If yes, please give details below:

1 _____

2 _____

3 _____

7) Have you received hospital treatment for any illness **since the bathing day**?

Yes No

8) How many days did you have away from work or normal activities because of this illness?

None 1 day 2 - 6 7 - 14 More than Not
sure days days 14 days

9) a. Have you ever become ill soon after bathing in waters in Florida?

Yes No



If **no**, skip to question 10

b. If **yes**, was it any of the following illnesses? Mark all that apply

Headache	Toothache	Earache	Diarrhoea	Vomiting
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fever	Common cold	Sore throat	Eye irritation	Other*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Please specify _____

10) a. Have you ever gone to the beach feeling ill?

Yes No



If **no**, skip to question 11

b. If **yes**, was it any of the following illnesses? Mark all that apply

Headache	Toothache	Earache	Diarrhoea	Vomiting
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fever	Common cold	Sore throat	Eye irritation	Other*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Please specify _____

c. Did feeling ill on these occasions prevent you from entering the water?

Yes No

11) How often do you get sunburned while at the beach?

Always Frequently Rarely Never

12) How often do you apply some sort of medication or home remedy to a sun burn acquired at the beach?

Always Frequently Rarely Never Not sure

13) Are you prone to motion sickness while travelling in automobiles, buses or trains?

Always Frequently Rarely Never

14) a. Has anyone else who lives in your household been unwell with a possible infection **since the bathing day**?

(‘household’ = sharing facilities and at least one meal per day)

(‘possible infection’ examples include diarrhoea, nausea, vomiting, sore throat, eye/ear infection)

Yes No Not Sure



If **no** new illnesses **since the bathing day**. skip to question 15.

b. If **yes**, did any illness in your household start before yours?

Yes No Not Sure

c. Please give details below; for ‘type of illness’, write:

1 for diarrhoea

2 for stomach upsets (e.g. felt or was sick)

3 for ear infection (e.g. ear ache)

4 for eye infection (e.g. sore red eyes)

5 for fever or high temperature (hot & cold shivers, temp. above 37.5°C)

6 for sore throat

7 for ‘other symptoms’

write e.g. if a child had diarrhoea, an upset stomach and an ear infection you would

1	2	3				
---	---	---	--	--	--	--

for 'type of illness'.

	Age	Type of illness	Date illness started (dd/mm)
Person 1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Person 2	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Person 3	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Person 4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Person 5	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

15) a. Have you taken part in any water sports **since the bathing day**?

Yes No Not Sure



If **no**, skip to question 16

b. If **yes**, please answer the following by ticking the appropriate box for each of the activities in the following list, i.e. please answer for **all** the activities listed:

	Yes	No	Not Sure	No. of times since the bathing day
1. Public Swimming pool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Other Swimming pool (e.g. private pool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Spa / thermal pool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

For each of the water sports below, please mark whether it took place in sea or freshwater (mark both if this applies). Fresh water includes rivers, lakes or reservoirs.

	Yes	No	Not Sure	Water	Sea water	Fresh
5. Dinghy / sailing etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Speed / motor boating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Sub aqua / snorkelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. Surfing / water-skis
(include wind surfing etc)

9. Fishing

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

10. Paddling / wading

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11. Other*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

*Please specify _____

16) a. Do you consider water related activities dangerous?

Yes

No



If no, go to question 17

b. If **yes**, which of the following water related activities do you consider dangerous?
(you may tick more than one):

Dinghy sailing

Canoeing

Wind surfing/sail boating

Scuba/snorkelling

Water skiing

Surfing

Swimming/bathing

Other*

*Please specify _____

17) a. **Since the bathing day** have you spent any nights away from home e.g. for a holiday, with work or to visit relatives?

Yes

No

Not Sure



If no, go to question 18

b. Please place a cross in the box to signify whether this visit was in Florida or abroad. Also enter the date you visited this location and the number of days you spent at this location (duration of stay). Please do this for each separate trip.

Location		Date (dd/mm)	
Duration of stay (days)			
1.	Florida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abroad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.	Florida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abroad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.	Florida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abroad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Florida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abroad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

18) a. Have you been swimming in the sea, a lake or river **since the bathing day**?

Yes	No	Not Sure	Sea Water	Lake/River	No. of times since bathing day
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>



If no, go to question 19

b. If **yes**, please list where you have been swimming, ticking whether it was in Florida or abroad, specifying dates if possible:

Location		Date (dd/mm)	
1.	Florida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abroad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.	Florida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abroad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.	Florida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abroad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Florida <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Abroad	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

19) When you visit a beach do you enter the water?

Every Visit	Most Visits	Rarely	Never
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20) How frequently do you immerse your head while bathing?

Always	Frequently	Rarely	Never
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) a. **Since the bathing day**, have you been to a theme park / leisure park and used any water rides? (e.g. log rides, water shutes)

Yes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Not Sure
-----	--------------------------	--------------------------	----	--------------------------	----------



If **no**, go to question 22

b. If **yes**, was the site at home or abroad?

Florida Abroad Not Sure

22) Have you had any contact with animals **since the bathing day**?

Yes No Not Sure



If **no**, skip to

b. If **yes**, are they:

Farm animals Pet, Companion animals Other

c. List the 3 animals you mainly come into contact with:

1 _____ 2 _____ 3 _____

23) a. Have you heard anything regarding the way beaches are maintained in Florida?

Yes No Not Sure



If **no**, go to question 24

b. If **yes**, has this information been positive or negative?

Positive Negative



If **positive**, go to question 24

c. If **negative**, how often do you worry about this issue?

Always Frequently Rarely Never

24) a. Have you heard anything regarding the cleanliness of bathing waters in Florida?

Yes No



If **no**, go to question 25

b. If **yes** has this information been positive or negative?

Positive Negative

↓

If **positive**, go to question 25

c. If **negative**, what specific problems have you heard about? (*tick all that apply*)

Oil Spills		Floating Objects		Risk to health
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chemical Pollution		Sewage discharge		Other*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Please specify _____

25) Have you ever refused to go bathing for any of the following reasons?

Beach too dirty	Water too dirty	Surf/waves too rough	Fear of illness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26) How did you first hear about this study?

Friend / relation	Recruiter	T.V.	Newspaper
Other*			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Please specify _____

27) Have you seen any news / media coverage of the study?

Yes No

28) Are you a member of any environmental organisation?

Yes

No

29) Do you read a daily newspaper?

Yes

No

30) Please give any further information which you think might help our study:

Signature: _____

Date completed (dd/mm):

Thank you for completing this form and for taking part in the Epibathe study.

Please return the form in the prepaid envelope provided.

If you would like to find out more about the study, or if you have any other questions, please contact:

<Name of researcher>

<University address>

END

Datos Personales

Estrictamente confidencial

El entrevistador debe quedarse el cuestionario

Nombre entrevistador _____ N° Entrevistador

Nombre _____


Dirección _____

_____ Código Postal _____

 Casa _____  Móvil _____

E-mail _____

Dirección trabajo _____

Código Postal _____  Trabajo _____

E-mail trabajo _____

Dirección próximos 3 meses _____

Código Postal _____  Próximos 3 meses _____

E-mail próximos 3 meses _____

Nombre médico de cabecera _____

Dirección _____

_____ Código Postal _____

 Médico cabecera _____

Preferencia de contacto?

SMS teléfono móvil

E-mail

trabajo / casa

Teléfono

trabajo / casa

Por correo

Insertar un número o una cruz en la casilla, ex. 6 o . Las respuestas en itálica como por ejemplo *No sé* u *Otros*, no se deben leer como respuesta alternativa durante la entrevista, ya que podrían impulsar a la persona a responder esta opción para no pensar. Solo deben ofrecerse estas opciones cuando el entrevistado sea incapaz de dar una respuesta.

*Especificar otras infecciones _____

Segunda parte – Salud general

14) ¿Padece Ud. desde hace tiempo que alguna enfermedad crónica o discapacidad? (Cualquier cosa que le haya afectado durante un largo periodo de tiempo y es probable que le siga afectando en el futuro)

Lee en voz alta todas las respuestas posibles de la lista antes de aceptar la respuesta 'no'

Sí No No sé

Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 9

Si la respuesta es **sí**, marca en todas las casillas de la siguiente lista preguntando "¿ha padecido alguna...?" Utiliza el espacio detrás de la página 4 para describir las circunstancias que no se tengan en cuenta en esta lista.

- | | |
|--|--------------------------|
| 20. Artritis especifique articulación _____ | <input type="checkbox"/> |
| 21. Dolor de espalda (dolor / lumbago / problemas de columna) | <input type="checkbox"/> |
| 22. Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> |
| 23. Problemas respiratorios (asma / bronquitis) | <input type="checkbox"/> |
| 24. Diabetes | <input type="checkbox"/> |
| 25. Problemas digestivos (Ej. acidez, ulcera) especifique _____ | <input type="checkbox"/> |
| 26. Problemas intestinales (Ej. colitis, intestino irritable) especifique _____ | <input type="checkbox"/> |
| 27. Pérdidas de oído / problemas auditivos | <input type="checkbox"/> |
| 28. Enfermedades cardíacas (incluido angina, infarto) | <input type="checkbox"/> |
| 29. Hepatitis / Enfermedades hepáticas si la respuesta es sí , especifique tipo | <input type="checkbox"/> |
| Infecciosa Tipo A Infecciosa Tipo B Otros tipos | |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 30. Problemas debidos a infecciones especifique _____ | <input type="checkbox"/> |
| 31. Problemas derivados de accidentes especifique _____ | <input type="checkbox"/> |
| 32. Problemas de riñón o vejiga especifique _____ | <input type="checkbox"/> |
| 33. Problemas neurológicos especifique _____ | <input type="checkbox"/> |
| (Ej. embolia, epilepsia, parálisis, neuralgia, migraña) | |
| | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

34. Rinitis alérgica (“Fiebre del heno”) _____
35. Problemas cutáneos (Ej. eccema, soriasis) **especificar** _____
36. Estrés / ansiedad (que requiera tratamiento médico) _____
37. Problemas oculares **especificar usando los siguientes números** _____
- (miopía = 1, corto de vista = 2, glaucoma = 3, desprendimiento de retina = 4, Ojos irritados / rojos con frecuencia = 5) _____
38. *Otros problemas* **(corta descripción)** _____
-

25) a. ¿Visita regularmente al médico debido a algunos de los problemas anteriores, como mínimo una vez cada 3 meses?

Sí No No sé



Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 9

b. Si la respuesta es **sí**, ¿a su médico de cabecera, a un especialista o a ambos?

Médico de cabecera Especialista Ambos *Otros**

*Detalles _____

26) ¿Cuántas veces al año padece diarrea? (un incremento de las veces que ha tenido que ir al baño, con sensación de diarrea, en las últimas 24 horas)

A menudo A veces Raramente
 Una vez al mes 3 a 11 por año 1 o 2 veces por año

Casi nunca Nunca No sé
 Menos de una vez por año

27) a. ¿Ha tenido, en los últimos 6 meses, una enfermedad por la cual se haya tenido que quedar a casa, no haya podido realizar actividades normales o haya tenido que ir al hospital?

*Sí No No sé



Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 11

*Diagnóstico de la enfermedad _____

b. ¿Le ingresaron en el hospital? Sí No

c. ¿Cuánto tiempo estuvo enfermo / sin trabajar? Semanas Días

Si hay más de una enfermedad, referirse a la más reciente / la más importante

d. Mes de inicio de la enfermedad (subráyelo) il Mayo Junio Julio Agosto Septiembre

e. ¿Aún tiene síntomas de esta/s enfermedades?
 Sí No No Sé

28) ¿En las 3 últimas semanas, incluido hoy, ha tenido alguno de los siguientes síntomas más de 24 horas?

(Contestar Sí, No o No sé para cada síntoma)

	Sí	No	No sé	Fecha inicio (dd/mes)				Duración (días)	
109. Fiebre (escalofríos, temp. > 37.5°C).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
110. Dolor de cabeza más fuerte de lo normal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
111. Dolor de brazos, piernas, articulaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
112. Dolor de garganta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
113. Dolor en el pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
114. Tos seca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
115. Tos productiva (esputos o expectoraciones)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
116. Silbidos al respirar / dificultades respiratorias....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
117. Resfriado con mucha mucosidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
118. Infección de oído (inflamación / secreción).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
119. Infección de ojos (inflamación / rojos / secreción)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
120. Visión borrosa (dificultades de visión).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
121. Pérdida de apetito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

122. Indigestión (acidez, ardor de estómago).....

123. Calambres de estómago (cólicos).....

124. Heces (más sueltas de lo normal).....

	Sí	No	No sé	Fecha inicio (dd/mes)				Duración (días)	
17. Diarrea (3 o más deposiciones en <24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí , cual ha sido el número máximo de veces que ha tenido de ir al baño en 1 día									
18. Náusea (sensación de mareo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Vómitos (estar mareado).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Erupciones cutáneas / absceso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Ulceraciones en la piel/Abcesos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Picores / irritación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Cansancio excesivo (fatiga inusual).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Vértigo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Adormecimiento de brazos/piernas (hormigueo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Calambres musculares (brazos, piernas etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Si ha tenido otros síntomas que no están en la lista más de 24 horas, descríbalos e indique la fecha de inicio y su duración:

Para cada síntoma adicional, marca la casilla del inicio de la línea, describe los síntomas e indica la fecha de inicio y duración.

		Fecha inicio (dd/mm)				Duración (días)	
<input type="checkbox"/>	Otros 1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otros 2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Otros 3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29) a. ¿Es fumador? Sí No



Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 13

b. Si la respuesta es **sí**, ¿qué fuma?

Marcar en todas las casillas necesarias; incluyendo los cigarrillos de liar como cigarrillos.

Cigarros

Puros

Pipa

c. ¿Cuánto fuma al día?



Pase a la pregunta 14

30) Si es ex-fumador, ¿cuánto tiempo hace que lo dejó?

1 mes o menos

Entre un mes y un año

1 año o más

31) a. ¿Con que frecuencia bebe alcohol?

Como mínimo
una vez por semana

Menos de una vez
por semana

No Sé

Nunca bebo alcohol



b. Aproximadamente, cuantas unidades de alcohol ha consumido en los últimos 7 días?

Si **nunca**, pase a la pregunta 15

[Una unidad = 250ml, una cerveza, sidra, etc;
5ml / chupito, ej. whisky, vodka, ginebra etc.
una copa de licor, ej. martini, jerez etc.
un vaso de vino]

32) ¿Podría decir que la semana pasada fue típica con respecto a su consumo normal de bebida alcohólicas en una semana?

Sí

No (normalmente bebo más)

No (normalmente bebo menos)

33) a. ¿Se ha tomada alguna pastilla o medicamento en las últimas 4 semanas? (Incluir medicación crónica así como toda la medicación comprada en farmacia o subministrada por el médico)

Sí

No

No Sé

Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 17

b. Si la respuesta es **sí**, ¿cuál de las siguientes ha tomado?

marcar a todas
las casillas necesarias

Antibióticos

Esteroides

Laxantes

Tratamientos
para el estómago
(Ej. antiácidos)

*Otros

No Sé

*Especificar _____

Tercera parte – Viajes a España o al extranjero

34) a. ¿En las últimas 4 semanas ha pasado alguna noche fuera de casa: vacaciones, por trabajo, visita a familiares o amigos, etc.?

Sí No No sé



Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 18

b. Si la respuesta es **sí**, ¿fue en Florida o en el extranjero?

Florida Extranjero Ambos

c. Por favor, indique la fecha(as) y el lugar(es):

Lugar (1, semana actual; 2, anterior...4=Agostó)	Fecha (dd/mm)	Duración de la estancia(días)
1. Florida <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Florida <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Florida <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Florida <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

35) a. A parte de cortas vacaciones, ¿ha pasado algún tiempo en otros países? (Excluyendo vacaciones de 2 semanas)

Sí No No sé



Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 19

b. Si la respuesta es **sí**, ¿en qué países y por cuánto tiempo?

	1 mes o menos	entre 1 mes y 1 año	de 1 año a 3 años	Más de 3 años
País 1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
País 2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
País 3 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
País 4 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

c. ¿Ha nacido en el extranjero?

Sí

No

Cuarta parte – Actividades de ocio

36) En un mes normal, ¿con qué frecuencia realiza estas actividades en esta época del año?

	A menudo <3 veces	Ocasionalmente 1-3 veces	Nunca	No sé	Nº veces último mes
1. Pub / discoteca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fiesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Gimnasio / deportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Iglesia / Reuniones religiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37) En los meses de verano, ¿con qué frecuencia realiza actividades acuáticas?

Indica la frecuencia promedio por mes durante el período de verano e indica también si fue en agua dulce o mar.

	A menudo <3 veces	Ocasionalmente 1-3 veces	Nunca	No sé	Mar	Agua dulce	Nº veces último mes
9. Canoas/ patín a vela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Barca a motor / remo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Submarinismo / gafas-tubo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Surf / esquí acuático Incluyendo windsurfing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pesca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Patín / pasear por el agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kayak / rafting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Otros*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Especificar _____

38) a. ¿Con qué frecuencia se baña en el mar o en agua dulce cada mes durante el verano?

Número de exposiciones por mes durante los meses de verano

Mar

A menudo (>3 veces) Ocasionalmente (1-3 veces) Nunca No sé

Agua dulce (lago, río, balsa)

A menudo (>3 veces) Ocasionalmente (1-3 veces) Nunca No sé

Si la respuesta es 'nunca' a las dos, pase a la pregunta 22

b. **Si usted nada**, ¿qué distancia nada habitualmente?
 (Ej. Largo de la piscina = 25 metros.)

c. Especifique donde se ha bañado en las **últimas 4 semanas**:

Lugar (1=semana actual; 2=sem. anterior.....4=sem Agosto) Cuantas veces ha ido

1.	Florida	<input type="checkbox"/>	Extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2.	Florida	<input type="checkbox"/>	Extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3.	Florida	<input type="checkbox"/>	Extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4.	Florida	<input type="checkbox"/>	Extranjero	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

39) ¿Con qué frecuencia acude a los siguientes sitios? (Nº de veces al mes)

	A menudo >3 veces	Ocasionalmente 1-3 veces	Nunca	No Sé	Nº de veces el mes pasado
1. Piscina pública de agua dulce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Piscina pública de agua de mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. Spa / aguas termales públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. Otras piscinas de agua dulce (Ej. Piscina privada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. Otras piscinas de agua de mar (Ej. Piscina privada)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
6. Spa / aguas termales privadas (Ej. Jacuzzi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

40) ¿Con qué frecuencia va a la playa o a una zona de baño sin entrar en el agua? (Nº de veces el pasado mes)

	A menudo >3 veces	Ocasionalmente 1-3 veces	Nunca	No sé	Nº de veces el mes pasado
1. Agua dulce (lago, río, balsa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. Mar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

41) a. ¿En el **último mes** ha estado en algún parque temático (p.ej. Aquopolis, Port Aventura) y ha subido en alguna atracción acuática (Ej. Tutuki splash,...)?

Sí

No

No sé



Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 25

b. Si la respuesta es **sí**, ¿dónde se encontraba el parque temático?

Florida

Extranjero

26) a. ¿Tiene contacto con animales, como mínimo una vez cada 3 meses?

Sí

No

No sé



Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 26

b. Si la respuesta es **sí**, los animales eran: marca en todas las casillas correspondientes

de granja

doméstico, de compañía

otros

c. Indique los 3 animales con que normalmente está en contacto:

1 _____ 2 _____ 3 _____

28) ¿Sabe nadar bien? (Puede hacer aproximadamente 2 largos de piscina)

Sí

No

No sé

29) Comentarios adicionales: utiliza el espacio para añadir cualquier información que pueda ser útil para el estudio (más información sobre el estado de salud, viajes / trabajo en el extranjero, actividades recreativas acuáticas, etc.)

Estrictamente confidencial

Nombre entrevistador _____ Núm. entrevistador

Insertar un número o una cruz en la casilla, ex. 6 o . Las respuestas en itálica como por ejemplo *No sé u Otros*, no se deben leer como respuesta alternativa durante la entrevista, ya que podrían impulsar a la persona a responder esta opción para no pensar. Solo deben ofrecerse estas opciones cuando el entrevistado sea incapaz de dar una respuesta.

1) ¿Ha comido alguno de los siguientes alimentos desde la primera entrevista, incluyendo hoy?

	Sí	No	No sé	Preparado en casa	Comprado ya preparado
aa) Helado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bb) Bocadillos comprados.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cc) Pollo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dd) Huevos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ee) Mayonesa (fresca).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ff) Hot Dogs/Frankfurt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gg) Hamburguesa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hh) Ensalada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii) Leche no pasteurizada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jj) Embutidos / Paté.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kk) Empanadas de carne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ll) Comida para llevar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mm) Marisco* (Ej. mejillones / almejas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Especificar el marisco _____

2) Desde la **última entrevista hace unos 3 días**, incluyendo hoy, ¿ha padecido alguno de los síntomas siguientes?

(responder Sí, No o No sé para **cada** síntoma)

	Sí	No	No sé
125. Fiebre (escalofríos, temp. > 37.5°C).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126. Dolor de cabeza más fuerte de lo normal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. Dolor de brazos, piernas, articulaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. Dolor de garganta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129. Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. Tos seca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. Tos productiva (esputos o expectoraciones).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132. Silbidos al respirar / dificultades respiratorias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133. Resfriado con mucha mucosidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134. Infección de oído (inflamación / secreción).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135. Infección de ojos (inflamación / rojos / secreción).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136. Visión borrosa (dificultades de visión).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137. Pérdida de apetito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
138. Indigestión (acidez, ardor de estómago).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139. Calambres de estómago (cólicos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140. Heces (más sueltas de lo normal).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141. Diarrea (3 o más deposiciones en <24 horas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí , ¿cual ha sido el número máximo de veces que ha tenido que ir al baño en 1 día?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
142. Náusea (sensación de mareo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143. Vómitos (estar mareado).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144. Erupciones cutáneas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145. Ulceraciones en la piel /Abscesos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
146. Picores / irritación.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147. Cansancio excesivo (fatiga inusual).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

148. Vértigo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
149. Adormecimiento de brazos / piernas (hormigueo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150. Calambres musculares (brazos, piernas etc).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sí	No	No sé
151. Otros*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si ha tenido otros síntomas que no están en la lista más de 24 horas, por favor anótalos en este espacio:

Ningún síntoma desde la primera entrevista



Si no tiene ningún síntoma, pasa la pregunta 6

3) Marque en el calendario siguiente todos los días que tuvo los síntomas (Ej. duración de la enfermedad)

Mes :

1	8	15	22	29
2	9	16	23	30
3	10	17	24	31
4	11	18	25	
5	12	19	26	
6	13	20	27	
7	14	21	28	

4) ¿Cuál fue el primer síntoma? Número 1-27 del síntoma de la lista anterior

5) a. ¿Ha visitado al médico por estos síntomas?

Sí No



Si la respuesta es no, pase a la pregunta 6

b. Si la respuesta es **sí**, ¿le ha sido diagnosticada alguna enfermedad?

*Sí No

*Diagnóstico _____

6) A parte de este estudio, se ha bañado, ¿ha realizado algún deporte de agua o actividades recreativas acuáticas o ha ido a la playa, **desde la primera entrevista?**

Sí No No sé



Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 7

Si la respuesta es **sí**, dé detalles _____

7) a. ¿Ha tenido contacto con animales **desde la primera entrevista?**

Sí No No sé



Si la respuesta es **No**, pase a la pregunta 8

b. Si la respuesta es **sí**, los animales eran: marca en todas las casillas

de granja doméstico, de compañía Otros

c. Indique los 3 animales con los que normalmente está en contacto:

1 _____ 2 _____ 3 _____

8) ¿Añadiría alguna información?

Estrictament confidencial

Nombre entrevistador _____

Núm. entrevistador

Insertar un número o una cruz en la casilla, ex. 6 o . Las respuestas en itálica como por ejemplo *No sé u Otros*, no se deben leer como respuesta alternativa durante la entrevista, ya que podrían impulsar a la persona a responder esta opción para no pensar. Solo deben ofrecerse estas opciones cuando el entrevistado sea

1) ¿Ha comido alguno de los siguientes alimentos desde el día de la sesión de baño?

	Sí	No	No sé	Preparado en casa	Comprado ya preparado
nn) Helado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oo) Bocadillos comprados.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pp) Pollo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
qq) Huevos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rr) Mayonesa (fresca).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ss) Hot Dogs/Frankfurt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tt) Hamburguesa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uu) Ensalada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vv) Leche no pasteurizada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ww) Embutidos / Paté.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
xx) Empanadas de carne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yy) Comida para llevar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zz) Marisco* (ej. mejillones / almejas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Especificar el marisco _____

2) Desde el día de la sesión de baño, ¿ha padecido alguno de los síntomas descritos a continuación más de 24 horas?

Responder Sí, No, No Sé para **cada** síntoma. Utilizar el calendario de la página 3 para avudar a comprobar la fecha de inicio v la duración de cada síntoma.

	Sí	No	No sé	Fecha inicio	Duración (días)
152. Fiebre (escalofríos, temp. > 37.5°C).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
153. Dolores de cabeza más fuertes de lo normal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
154. Dolor de brazos, piernas, articulaciones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
155. Dolor de garganta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
156. Dolor de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
157. Tos seca.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
158. Tos productiva (esputos o expectoraciones).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
159. Silbidos al respirar / dificultades respiratorias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160. Resfriado con mucha mucosidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
161. Infección de oído (inflamación / secreción).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
162. Infección de ojos (inflamación / rojos / secreción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
163. Visión borrosa (dificultades de visión).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
164. Pérdida de apetito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
165. Indigestión (acidez, ardor de estómago).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
166. Calambres de estómago (cólicos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
167. Heces (más sueltas de lo normal).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
168. Diarrea (3 o más deposiciones en <24 horas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es si, cual es el número máximo de veces que ha tenido que ir al baño en un día?					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
169. Náusea (sensación de mareo).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170. Vómitos (estar mareado).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
171. Erupciones cutáneas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 172. Ulceraciones en la piel./Abscesos.....
- 173. Picores / irritación.....
- 174. Cansancio excesivo (fatiga inusual).....
- 175. Vértigo.....

	Sí	No	No sé	Fecha inicio (Septiembre)	Duración (días)
176. Adormecimiento de brazos / piernas (hormigueo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
177. Calambres musculares (brazos, piernas etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

178. Si ha tenido otros síntomas que no están en la lista, por favor descríbalos e indique la fecha de inicio y la duración:

Para cada síntoma adicional. Marque la casilla en el inicio de la línea, descríbalo e indique fecha de inicio y duración.

	Fecha inicio (Sept.)	Duración (días)
<input type="checkbox"/> Otros 1 _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros 2 _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros 3 _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No recuerdo ningún síntoma desde el día de la sesión de baño

Si **no** tiene síntomas.

3) Marque con un circulo todos los días que tuvo los síntomas en el calendario siguiente (**desde el día de inicio hasta el día final = duración de la enfermedad**)

Mes : _____				
1	8	15	22	29
2	9	16	23	30
3	10	17	24	31
4	11	18	25	
5	12	19	26	
6	13	20	27	
7	14	21	28	

4) ¿Cuál fue el primer síntoma? **Número del síntoma del 1-27 de la lista anterior**

5) a. ¿Ha visitado al médico por estos síntomas?

Sí

No

Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, ¿le ha sido diagnosticada alguna enfermedad?

Sí No

Diagnóstico _____

6) a. ¿Cuántos días de trabajo o de actividad normal ha perdido debido a la enfermedad o a los síntomas?

Días de trabajo / actividad normal

b. ¿Le ingresaron en el hospital?

Sí No

7) A parte de este estudio, se ha bañado en la playa o ha realizado algún deporte o actividad recreativa acuática, **desde el día de la sesión de baño?**

Sí No No sé

Si la respuesta es **no**, pase a la

Si la respuesta es **sí**, de detalles _____

8) a. ¿Ha tenido contacto con animales **desde el día de la sesión de baño** ?

Sí No No sé

Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, los animales eran: marca en todas las casillas

de granja doméstico, de compañía otros

c. Indique los 3 animales con los que normalmente está en contacto:

1 _____ 2 _____ 3 _____

9) ¿Añadiría alguna información?

FIN

Estrictamente confidencial

Insertar un número o una cruz en las casillas correspondientes, Sí, No

1) Desde el día de la sesión de baño, ¿ha padecido alguno de los síntomas descritos a continuación más de 24h? Por favor responda: **sí**, **no** o **no sé** para cada síntoma. Si su respuesta es sí indique también la fecha cuando empezó el síntoma (Fecha inicio) i cuanto tiempo duró (duración).

	Si	No	No sé	Fecha inicio		Duración (días)
179. Fiebre (escalofríos, temp. > 37.5°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
180. Dolores de cabeza más fuertes de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
181. Dolor de brazos, piernas, articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
182. Dolor de garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
183. Dolor de pecho / picores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
184. Tos seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
185. Tos productiva (esputos o expectoraciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
186. Pitos al respirar / dificultades respiratorias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
187. Resfriado con mucha mucosidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
188. Infección de oído (inflamación / secreción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
189. Infección de ojos (inflamación / rojos / secreción)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
190. Visión borrosa (dificultades de visión)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
191. Pérdida de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
192. Indigestión (acidez, ardor de estómago)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
193. Calambres de estómago (cólicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
194. Heces (más sueltas de lo normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
195. Diarrea (3 o más deposiciones en <24 horas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es sí , cual es el número máximo de veces que ha tenido que ir al baño en 24h?						<input type="checkbox"/>
196. Náusea (sensación de mareo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
197. Vómitos (estar mareado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
198. Erupciones cutáneas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

199. Ulceraciones en la piel

	Si	No	No sé	Fecha inicio	Duración (días)
200. Picores / irritación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
201. Agotamiento excesivo (fatiga inusual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
202. Vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
203. Adormecimiento de brazos/piernas (hormigueo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
204. Calambres musculares (brazos, piernas etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

205. Si ha tenido otros síntomas que no están en la lista, descríbalos por favor e indique la fecha de inicio y duración y continúe con la pregunta 2:

Para cada síntoma adicional, marque la casilla del inicio de la línea, describa los síntomas e indique la fecha de inicio y duración.

	Fecha inicio (dd/mm)	Duración (días)
<input type="checkbox"/> Otros 1 _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros 2 _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otros 3 _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Si no recuerda ningún síntoma desde el día de la sesión de baño marque X



Si no recuerda **ningún** síntoma, pase a la

2) ¿Todos los síntomas provenían de la misma enfermedad?

- SÍ (una enfermedad)
- NO (perteneían a más de una enfermedad)
- NO fue realmente enfermedad (solo malestar)
- NO ESTOY SEGURO

3) Marque con un circulo en el siguiente calendario todos los días que tuvo los síntomas (duración de la enfermedad) **desde el día de la sesión de baño**

Mes : _____

- | | | | | | | |
|---|---|----|----|----|----|----|
| 1 | 8 | 15 | 22 | 29 | | |
| | | 2 | 9 | 16 | 23 | 30 |
| | | 3 | 10 | 17 | 24 | 31 |
| | | 4 | 11 | 18 | 25 | |
| | | 5 | 12 | 19 | 26 | |
| | | 6 | 13 | 20 | 27 | |
| | | 7 | 14 | 21 | 28 | |

4) ¿Cuál fue el primer síntoma?

(Indique el n° del síntoma correspondiente del 1-27 de la lista anterior)

5) ¿Padeció más de una enfermedad?

*Sí

No



Si la respuesta es **no**, pase a la

*Si la respuesta es **sí**, de más detalles a continuación para cada

síntoma (1= síntoma principal.., utilice el calendario de la pagina anterior para recordar las fechas ej. 03 10 7)

Fecha inicio

Duración (días)

1

2

3

6) a. ¿Esta enfermedad fue diagnosticada por su médico?

*Sí

No



Si la respuesta es **no**, pase a la

*Diagnóstico _____

b. ¿Tiene algún inconveniente en que le formulemos alguna pregunta a su médico?

Sí

No

c. ¿Tomó alguna medicación recetada, o no por su médico contra esta enfermedad?

*Sí

No



Si la respuesta es **no**, pase a la

* Si la respuesta es **sí**, indique el nombre de la medicación a continuación:

1 _____

2 _____

3 _____

7) ¿Ha tenido que ir al hospital o al servicio de urgencias por alguna enfermedad desde el **día de la sesión de baño**?

Sí

No

8) ¿Cuántos días de trabajo o de actividad normal ha perdido debido a la enfermedad?

Ninguno 1 día 2 - 6 7 - 14 Más de No
sé días días días 14 días

9) a. ¿Se ha puesto alguna vez enfermo, o ha sentido molestias después de bañarse en la playa en Florida?

Sí

No

Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, ¿padeció alguna de las siguientes molestias?

Marque a todas las necesarias

Dolor de cabeza

Dolor de muelas

Dolor de oído

Diarrea

Vómitos

Fiebre

Resfriado

Dolor de garganta

Irritación de ojos Otros*

*Por favor especifique _____

10) a. ¿Ha ido Ud. alguna vez a la playa encontrándose mal?

Sí

No

Si la respuesta es **no**, pase a la pregunta 11

Marque a todas las

b. Si la respuesta es **sí**, ¿padeció alguna de las siguientes molestias?

Dolor de cabeza	Dolor de muelas	Dolor de oído	Diarrea	Vómitos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	Resfriado	Dolor de garganta	Irritación de ojos	Otros*
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Por favor especifique _____

c. El tener estas molestias, ¿hizo que usted no se quisiera bañar?

Sí No

11) ¿Con qué frecuencia se quema por el sol en la playa?

Siempre Con frecuencia Casi nunca Nunca

12) ¿Con qué frecuencia toma algún remedio o medicación después de haberse quemado en la playa?

Siempre Con frecuencia Casi nunca Nunca

13) ¿Tiene tendencia a marearse cuando viaja en coche, tren o autobús?

Siempre Con frecuencia Casi nunca Nunca

14) a. Alguna de las personas que vive con usted se ha encontrado mal con una posible infección **del día de la sesión de baño**, por ejemplo: diarrea, náuseas, vómitos, dolor de garganta, infección de ojos / oído?



Sí

No

No Sé

Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, ¿la enfermedad empezó antes que la suya?

Sí

No

No Sé

c. Por favor, de detalles a continuación, para cada “tipo de enfermedad” escriba en la casilla los números correspondientes:

- 1 para diarrea
- 2 para molestias estomacales (ej. sensación de náuseas o haber vomitado)
- 3 para infección de oído (ej. Dolor de oído)
- 4 para infección de ojos (ej. Inflamación/rojos/secreción)
- 5 para fiebre o temperatura alta (escalofríos, temp. por encima 37.5°C)
- 6 para dolor de garganta
- 7 para “otros síntomas”

ej. Si la otra persona padeció diarrea, molestias estomacales y infección de oídos, debe escribir:

1 2 3

Fecha inicio enfermedad (dd/mm)

utilice el calendario pag.2 para recordar

	Edad	Tipo de enfermedad	Fecha inicio enfermedad (dd/mm)
Persona 1	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Persona 2	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Persona 3	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Persona 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Persona 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

15) a. ¿Ha participado en alguna actividad acuático desde el **día de la sesión de baño**?

Sí

No

No sé



Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, responda, por favor, marcando las casillas correspondientes por cada actividad de la siguiente lista:

Sí No No sé **Veces desde el día de la sesión de baño**

1. Piscina pública	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Otras piscinas (ej. Piscinas privadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Spa / piscinas termales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jacuzzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Por cada uno de los deportes acuáticos siguientes, marque también, por favor, si ha sido realizado en agua dulce o en el mar. Agua dulce incluye lagos, ríos o embalses.

	Sí	No	No sé	Mar	Agua dulce
5. Canoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barca a motor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Submarinismo gafas/tubo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Surf / Esquí acuático	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pesca (desde tierra o en barco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Patinete/ pasear por el agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Otros*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Por favor especifique _____

16) a. ¿Considera peligrosas las actividades relacionadas con el agua?

Sí No



Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, ¿cuál de las siguientes actividades considera peligrosa? (Puede marcar más de una opción):

Barca a motor	Canoas	Wind surfing/navegar en barca
Bucear/gafas-tubo		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Esquí acuático Surf

Nadar/bañarse

Otros*

*Por favor especifique _____

17) a. Desde el día del baño, ha pasado usted alguna noche lejos de su casa, por trabajo, vacaciones o visita a amigos o familiares?

 Sí

No

No sé



Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Por favor, indique marcando la casilla correspondiente si fue en Florida o en el extranjero, la fecha de cada visita y el número de días que pasó en este lugar:

Localización

Fecha (dd/mm)

Duración (días)

1. Florida

Extranjero

2. Florida

Extranjero

3. Florida

Extranjero

4. Florida

Extranjero

18) a. ¿Se ha bañado en el mar, río o lago desde el día de la sesión de baño (24 o 30 de septiembre, depende de la sesión)?

Sí

No

No sé

Mar

Lago/Río

Número de veces desde el 24 o 30



Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, indique dónde se ha bañado, fue en Florida o en el extranjero y si es posible especifique la fecha:

Lugar

Fecha (dd/mm)

utilice el calendario pag. 2 para recordar

1. Florida

Extranjero

2. Florida

Extranjero

3. Florida

Extranjero

19) ¿Cuándo va a la playa, se baña o entra en del agua?

Siempre Con frecuencia Casi nunca Nunca

20) ¿Con qué frecuencia sumerge la cabeza cuando se baña?

Siempre Con frecuencia Casi nunca Nunca

21) a. Desde el día de la sesión de baño, ¿se ha montado en alguna atracción acuática en un parque temático (ej. Aquapark, Port Aventura etc.)?

Sí No No Sé



Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, ¿fue en Florida o en el extranjero?

Florida Extranjero No Sé

23) ¿Ha estado en contacto con animales desde el día de la sesión de baño?

Sí No No Sé



Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, estos eran:

Animales de granja Animales de compañía Otros

c. Indique con que 3 animales está normalmente en contacto:

1 _____ 2 _____ 3 _____

23) a. ¿Ha oído hablar del Programa de Vigilancia y Control de la Calidad de las Playas?

Sí No No Sé



Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, ¿la información fue positiva o negativa?

Positiva Negativa



Si la información fue **positiva**, pase a la

c. Si la información fue **negativa**, ¿le preocupa a menudo este asunto?

Siempre Con frecuencia Casi nunca Nunca

24) a. ¿Ha oído hablar del mantenimiento de limpieza de las playas españolas?

Sí No



Si la respuesta es **no**, pase a la

b. Si la respuesta es **sí**, ¿la información fue positiva o negativa?

Positiva Negativa



Si la información fue **positiva**, pase a la

c. Si la información fue **negativa**, ¿sobre qué problemas específicos ha oído hablar? (*marque todas las posibilidades*)

Vertido de aceites <input type="checkbox"/>	Objetos flotantes <input type="checkbox"/>	Riesgo para la salud <input type="checkbox"/>
Polución química <input type="checkbox"/>	Vertido de aguas residuales <input type="checkbox"/>	Otros* <input type="checkbox"/>

*Por favor especifique _____

25) ¿Ha decidido alguna vez no bañarse por alguna de las razones siguientes?

Playa sucia contraer <input type="checkbox"/>	Agua sucia <input type="checkbox"/>	Mala mar fuerte oleaje <input type="checkbox"/>	Miedo a enfermedad <input type="checkbox"/>
---	--	--	--

26) ¿Cómo se ha enterado de la existencia de éste estudio?

Amistades <input type="checkbox"/>	Carteles y folletos <input type="checkbox"/>	TV <input type="checkbox"/>	Periódicos / prensa <input type="checkbox"/>	Otros* <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	--------------------------------	---	------------------------------------

*Por favor especifique _____

27) ¿Ha visto alguna noticia referente a este estudio en la TV o en la prensa?

Sí No

28) ¿Es usted miembro de alguna organización medioambiental?

Sí No

29) ¿Lee el periódico diariamente?

Sí No

30) Por favor, añada cualquier información que crea usted que pueda ayudar en nuestro estudio:

Firma: _____

Fecha (dd/mm):

Muchas gracias por cumplimentar este cuestionario y por participar en el estudio B  ate por la ciencia (Epibathe).

Por favor ponga el cuestionario en el sobre que le hemos proporcionado y m  denoslo por correo.

Una vez nos llegue su cuestionario procederemos a dar la orden de preparación de su talón

Si quiere saber más sobre este estudio o tiene otras preguntas, por favor, contacte con nosotros: