



INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER
WORLD HEALTH ORGANIZATION

European Multicentre Case-Control Study of Lung Cancer in Non-smokers

Detailed Results on Exposure to Environmental Tobacco Smoke

Paolo Boffetta, Antonio Agudo, Wolfgang Ahrens, Ellen Benhamou,
Simone Benhamou, Sarah C. Darby, Gilles Ferro, Cristina Fortes,
Carlos A. Gonzalez, Karl-Heinz Jöckel, Martin Krauss,
Lothar Kreienbrock, Michaela Kreuzer, Anabela Mendes,
Franco Merletti, Fredrik Nyberg, Göran Pershagen,
Hermann Pohlabein, Elio Riboli, Giovanni Schmid, Lorenzo Simonato,
Jean Trédaniel, Elise Whitley, Heinz-Erich Wichmann, Carlos Winck,
Paola Zambon, Rodolfo Saracci

IARC Technical Report No. 33

Lyon, 1998

Questionario su fumo occasionale e fumo passivo (ETS)

- **Ha mai fumato per più di un anno?**

Si... 1; No... 2

1 o più sigarette al giorno	<input type="checkbox"/>
oppure mezzo pacchetto di sigarette alla settimana	<input type="checkbox"/>
oppure 2 o più pacchetti al mese	<input type="checkbox"/>
oppure 4 o più sigarilli alla settimana	<input type="checkbox"/>
oppure 3 o più sigari alla settimana	<input type="checkbox"/>
oppure 3 o più pipe alla settimana	<input type="checkbox"/>

Se si risponde SI ad almeno una delle domande, passare alla sezione "Fumo Attivo".
Se si risponde NO, passare alla prossima domanda.

- Ha mai provato a fumare? SI... NO...

- Ha mai fumato sigarette, sigari o pipe, anche molto poche ed occasionalmente durante occasioni sociali e/o durante un particolare periodo della sua vita? SI... NO...

	Cosa ha fumato?		Se durante questo periodo ha fumato principalmente la stessa marca, indicare la marca (altrimenti saltare alla prossima domanda)	Frequenza
	Sigarette		Al giorno.....	1
Se si, da quale età ha lei ha fumato occasionalmente?	Con filtro.....	1	Alla settimana...	2
	Senza Filtro.....	2	Al mese.....	3
	Sigari.....	3	All'anno.....	4
	Pipe.....	4	Nella vita.....	5
	Sigarette & pipe.	5		

Da	A			Quante?	
<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"/>

- **Ha inalato fumo di tabacco?**

Niente affatto, solo in bocca.....	1
Solo un po' nella gola.....	2
Inalato profondamente dei polmoni.....	3

Questionario su fumo occasionale e fumo passivo (ETS)

Fumo passivo durante la fanciullezza e finché non si è cominciato ad avere una residenza indipendente

- Ricordando la sua fanciullezza, vorrei sapere se lei ha mai vissuto con una persona che fumava in sua presenza. Prima di tutto, vorrei sapere se suo padre o sua madre fumavano quando lei era bambino.

Se il soggetto è a conoscenza che uno o entrambi i genitori fumavano fin dalla nascita del soggetto stesso, a partire da età = 0

Che cosa fumava(no) papà e/o mamma?	Fumava(no) in sua presenza?
Sigarette..... 1	Ogni giorno..... 1
Sigari..... 2	Quasi ogni giorno (5-6 giorni alla settimana).... 2
Pipa..... 3	2-4 giorni alla settimana 3
Sigarette & pipa.... 4	Raramente..... 4
Non ricordo..... 8	Mai..... 5
Non fumatore..... 9	

Tipo di relazione			Dall'età	All'età
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

- Ora vorrei sapere se ogni altra persona che ha vissuto nella sua casa, o con la quale lei è vissuto per oltre sei mesi, o che fosse un regolare visitatore della sua casa, fumava in sua presenza (fratello, sorella, parenti, amici, visitatori. ecc.)

.....	<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"/>

- Vorrei che lei cercasse di ricordare quanto tempo era solito trascorrere in stanze fumose (fuori di casa e inclusa la scuola, ma esclusi posti di lavoro o veicoli).

				Lei direbbe che la stanza era solitamente:		
		Frequenza				
				Molto fumosa.....		1
				<i>(si potevano vedere nuvole di fumo nell'aria)</i>		
		Al giorno.....	1	Abbastanza fumosa.....		2
		Alla settimana....	2	<i>(si poteva vedere fumo diffuso nell'aria)</i>		
		Al mese.....	3	Un po' fumosa.....		3
				<i>(si poteva solo sentire odore di fumo)</i>		
<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"/>		

- A che età lei ha cominciato a vivere fuori dalla casa dei suoi genitori? (se si vive ancora costi = 99)

Questionario su fumo occasionale e fumo passivo (ETS)

Fumo passivo nei veicoli

- Lei, nell'arco della sua vita, ha mai viaggiato quotidianamente o almeno un paio di volte alla settimana in auto, treni, autobus o altri veicoli chiusi che erano fumosi (o dove lei poteva almeno sentire l'odore di fumo) il più delle volte? SI... 1; NO... 2

Se NO, saltare alla prossima pagina.

Se SI, si prega di dichiarare da che età a che età, in che tipo di veicolo, e per quante ore al giorno o alla settimana lei era esposto al fumo di tabacco.

Tipo di veicolo				Per quante ore al giorno o alla settimana lei era in questo veicolo mentre era esposto al fumo?			
	Auto.....	1					
Periodo	Treno.....	2					
	Bus/Tram.....	3					
	Dall'età All'età Altro (specificare).....	4		Al	Alla	Lei direbbe che il veicolo era di solito:	
				giorno	settimana	Molto fumoso.....	1
						Abbastanza fumoso.....	2
						Un po' fumoso.....	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"/>			<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"/>			<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"/>			<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"/>

L'esposizione già coperta - esempio, quella sul lavoro o quella del coniuge dovrebbe essere esclusa. L'esposizione durante l'andata e il ritorno dal lavoro dovrebbe essere riportata in questa sezione.

Questionario su fumo occasionale e fumo passivo (ETS)

Fumo passivo in ambienti chiusi

In posti eccetto la casa, il luogo di lavoro o veicoli. Esempio: ristoranti, bar, pub, cinema, teatri, a casa di amici, ecc.

- Vorrei sapere se lei ha mai trascorso regolarmente (almeno una volta alla settimana) del tempo in locali chiusi fumosi (o dove almeno si poteva sentire l'odore di fumo) oltre che a casa o al lavoro. SI... 1; NO... 2

Se NO, saltare alla prossima pagina.

Specificare dove c'è stata esposizione	Periodo		Quante ore alla settimana lei era esposto al fumo di tabacco in questo posto?	Lei direbbe che il posto era di solito: Molto fumoso..... 1 Abbastanza fumoso... 2 Un po' fumoso..... 3
	Dall'età (anni)	All'età (anni)		
.....	<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"/>	<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"/>	<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"/>

Questionario su fumo occasionale e fumo passivo (ETS)

Fumo passivo sul lavoro

- Vorrei sapere se lei ha mai lavorato in un ambiente chiuso dove era esposto al fumo. SI. 1;
NO. 2

Se NO, saltare alla prossima pagina

Se SI, usare una riga per ogni posto di lavoro in cui il soggetto era esposto al fumo passivo.

Numero degli impieghi (Vedi storia lavorativa)	Esposizione al fumo passivo		Lei direbbe che il posto era di solito:		Quante ore alla settimana in media lei era esposto al fumo di tabacco al lavoro, incluso il tempo trascorso nel luogo di ristorazione durante gli intervalli?	Quanti giorni alla settimana lei era esposto al fumo di tabacco sul lavoro?	Approssimativamente, quanto era grande il locale?
	Dall'età (anni)	All'età (anni)	Molto fumoso..... 1	Abbastanza fumoso..... 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"/> <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"/> <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"/> <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"/>

Questionario su fumo occasionale e fumo passivo (ETS)

Storico residenziale

- Vorrei avere informazioni su tutte le case/residenze dove lei ha vissuto per più di due anni, cominciando dalla casa dove è nato.

Nella sua opinione, l'area era rurale o urbana?	Cosa è/era il metodo principale usato per cuocere?	Cosa è/era il metodo principale di riscaldamento? (non più di due metodi per residenza)
	Gas.....	Risc. Centr.*.... 1
	Elettrico..... 1	Risc. a gas o simile..... 2
	Stufa a carbone	Stufa a legna... 3
Rurale.....1	Stufa a legna....	Stufa a carbone 4
Urbana.....2	Altro (specific.)	Keros. o altri carburanti..... 5
		Altro (specific.). 6

Dall'età (anni)	All'età (anni)	Città, villaggio	Contea (se all'estero, il Paese)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Riscaldamento centrale: un sistema per cui non esiste unità di combustione nell'area della casa adibita a abitazione o camera da letto.

FATTORI DI CORREZIONE

Prodotti di tabacco (WT1) [Peso 1]

Sigarette	= 1
Sigarette con filtro	= 1
Sigarette senza filtro	= 1
Sigari	= 3
Pipe	= 3
Sigarette & pipe	= 1
Sigarette & sigari	= 1
Sigari & pipe	= 4
Sigarette & sigari & pipe	= 1
Sigarilli	= 2
Sigarette e sigarilli	= 1
Pipe & sigarilli	= 4
Sigari & sigarilli	= 3
Pipe & sigari & sigarilli	= 4
Sigarette & sigari & sigarilli	= 1
Sigarette & pipe & sigarilli	= 1
Sigarette & sigari & pipe & sigarilli	= 1

Frequenza nel consumo di sigarette (WT2) [Peso 2]

Ogni giorno	= 1
5-6 giorni alla settimana	= 0,75
2-4 giorni alla settimana	= 0,5
Raramente	= 0.1

Livello di fumosità (WT3) [Peso 3]

Molto fumoso	= 1
Mediamente fumoso	= 0,5
Un po' fumoso	= 0,2

Frequenza di consumo (WT4) [Peso 4]

Al giorno	= 365
Alla settimana	= 52
Al mese	= 12
All'anno	= 1

Equivalenze di fumatore (WTSE) [Valore attribuito del "peso" del fumatore]

Ogni singolo parente (padre, madre, altro)	= 2
--	-----

Equivalenze genitore fumatore (WTSPE) [Valore attribuito del "peso" dei genitori fumatori]

Madre	= 1
Padre	= 0,75
Altri parenti	= 0,25

FORMULE DI CALCOLO

OS

OCCASIONAL SMOKING

OSTR	Ever tried to smoke
OSOC	Ever smoked occasionally
OSUD	Duration (years) $= \sum_1^k \Delta age, non\ overlapping$
OSCU	Cumulative exposure (packs/lifetime) $= \left(\sum_1^k (\Delta age \times WT1 \times WT4 \times No.smoked) \right) / 20$ $= \left(\sum_1^k (WT1 \times No.smoked) \right) / 20, when\ WT4 = Lifetime$

ETS during CHILDHOOD

Childhood 0-18 years

C1EV	Ever exposed
C1EM	Ever exposed to mother
C1EF	Ever exposed to father
C1TP	Exposure to different tobacco products
C1UN	Number of smokers $= \sum_1^k WTSE$
C1WN	Weighted number of smokers $= \sum_1^k WTSPE$
C1US	Smoking parent years $= \sum_1^k (\Delta age \times WTSE)$
C1WS	Weighted smoking parent years $= \sum_1^k (\Delta age \times WTSPE)$
C1UD	Duration (years) $= \sum_1^k \Delta age, non\ overlapping$
C1WD	Weighted duration (years) $= \sum_1^k (\Delta age \times WT2)$

ETS from SPOUSE

S1EV	Ever exposed
S1TP	Exposure to different tobacco products
S1UD	Duration (years) $= \sum_1^n \Delta age, \text{ non overlapping}$
S1DH	Weighted duration (hours/day × years) $= \sum_1^n \left(\Delta age \times WT2 \times \frac{(5 \times \text{hours } WD) + (2 \times \text{hours } WE)}{7} \right)$
S1CU	Cumulative exposure (packs/day × years) $= \left(\sum_1^n \left(\Delta age \times WT1 \times WT2 \times \frac{(5 \times \text{amount } WD) + (2 \times \text{amount } WE)}{7} \right) \right) / 20$
S1AV	Average exposure (cigarettes/day) $= 20 \times (\text{Cumulative exposure} / \text{Duration})$
S1CS	Cumulative exposure of smoking spouse (packs/day × years) $= \left(\sum_1^n (\Delta age \times WT1 \times \text{amount / day}) \right) / 20$
S1TS	Time since last ETS exposure (years)

WD=Weekday
WE=Weekend

S3

ETS from SPOUSE and OTHER COHABITANTS

S3EV	Ever exposed
S3TP	Exposure to different tobacco products
S3UD	Duration (years) $= \sum_1^n \Delta age, \text{ non overlapping}$
S3CU	Cumulative exposure (packs/day × years) $= \left(\sum_1^n \left(\Delta age \times WT1 \times WT2 \times \frac{(5 \times \text{amount } WD) + (2 \times \text{amount } WE)}{7} \right) \right) / 20$
S3AV	Average exposure (cigarettes/day) $= 20 \times (\text{Cumulative exposure} / \text{Duration})$
S3TS	Time since last ETS exposure (years)

WD=Weekday
WE=Weekend

WO

ETS from WORKPLACE

WOEV	Ever exposed
WOUD	Duration (years) $= \sum_1^n \Delta age, \text{ non overlapping}$
WOH	Duration (hours) $= \sum_1^n (\Delta age \times 52 \times (\text{hours / day}) \times (\text{days / week})), \text{ non overlapping}$
WOWD	Weighted duration (hours × level) $= \sum_1^n (\Delta age \times 52 \times WT3 \times (\text{hours / day}) \times (\text{days / week}))$
WOTS	Time since last ETS exposure (years)

SW

ETS from SPOUSE and WORKPLACE

SWEV	Ever exposed
SWUD	Duration (years) $= \sum_1^n \Delta age, \text{ non overlapping}$
SWDH	Weighted duration (hours/day × years) $= \sum_1^n \left(\Delta age \times WT2 \times \frac{(5 \times \text{hours } WD) + (2 \times \text{hours } WE)}{7} \right)$
SWTS	Time since last ETS exposure (years)

WD=Weekday
WE=Weekend

VE

ETS from VEHICLES

VEEV	Ever exposed
VEUD	Duration (years) $= \sum_1^n \Delta age, \text{ non overlapping}$
VEWD	Weighted duration (days × level) $= \sum_1^n \left(\Delta age \times 365 \times WT3 \times \frac{\text{hours / day}}{24} \right)$

IN

ETS from OTHER INDOOR SETTINGS

INEV	Ever exposed
INUD	Duration (years) $= \sum_1^n \Delta age, \text{ non overlapping}$
INWD	Weighted duration (days × level) $= \sum_1^n \left(\Delta age \times 365 \times WT3 \times \frac{\text{hours / day}}{24} \right)$
