



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? | | Frequenza |
|--|------------------------|---|---|
| | Sigarette | | Al giorno..... 1 |
| Se si, da quale età ha lei ha fumato occasionalmente? | Con filtro..... | 1 | Se durante questo periodo ha fumato principalmente la stessa marca, indicare la marca (altrimenti saltare alla prossima domanda) 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? | | | Lei direbbe che il veicolo era di solito: | |
|-----------------|----------------|---|----------|------------------------|---|--|
| | Auto..... | 1 | | | | |
| Periodo | Treno..... | 2 | | | | |
| | Bus/Tram..... | 3 | | | | |
| Dall'età | All'età | Altro (specificare)..... | 4 | Al giorno | Alla 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <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) $= \sum_1^n \left(\Delta age \times 365 \times WT3 \times \frac{\text{hours / day}}{24} \right)$ |
