

## CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA: CÁNCER COLORRECTAL

Id\_Study: \_\_\_\_\_

Encuestador: \_\_\_\_\_

Hospital: \_\_\_\_\_

Fecha de Encuesta: \_\_\_\_\_

¿Desea seguir participando en el estudio? SÍ  NO

### SF-12

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán conocer como se encuentra y hasta qué punto es capaz de desempeñar sus actividades habituales.

Por favor, si no está seguro de como responder a una pregunta, conteste lo que le parezca más cierto.

En general, usted diría que su salud es:

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿Le limita para hacer esas actividades o cosas? si es así, ¿cuánto?

Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.

Sí, me limita mucho

Sí, me limita un poco

No, no me limita nada

Subir varios pisos por la escalera

Sí, me limita mucho

Sí, me limita un poco

No, no me limita nada

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

¿Hizo menos de los que hubiera querido hacer?

SÍ  NO

¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?

SÍ  NO

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

¿Hizo menos de los que hubiera querido hacer?

SÍ  NO

¿No desempeñó su trabajo o actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre?

SÍ  NO

Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluyendo fuera de casa y tareas domésticas)?

Nada

Un poco

Regular

Bastante

Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas.

En cada pregunta, responda lo que se le parezca más a como se ha sentido usted.

Durante las 4 últimas semanas,

¿cuánto tiempo...

...se sintió calmado y tranquilo?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Sólo alguna vez

Nunca

...tuvo mucha energía?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Sólo alguna vez

Nunca

...se sintió desanimado y triste?

Siempre

Casi siempre

Muchas veces

Algunas veces

Sólo alguna vez

Nunca

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre

Casi siempre

Alguna vez

Sólo a veces

Nunca

### Índice sobre los Síntomas de Cáncer Colorectal (FCSI)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

	0: Nada	1: Un poco	2: Algo	3: Mucho	4: Muchísimo
Me falta energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy bajando de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo hinchazón o calambres en el área del estómago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo buen apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo disfrutar de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>