

ID:

Nº historia clínica:

Fecha recogida de datos: __/__/__

Fecha de nacimiento: __/__/__

Edad: ____

A continuación, se le efectuarán una serie de preguntas referidas a su estado de salud, conteste cada una de ellas con una única respuesta, aquella que se corresponda más a su situación.

Preste especial atención a la escala de tiempo a la que se hace referencia en cada uno de los cuestionarios, ya que estas van a ir cambiando, así como las escalas de respuesta a cada una de las preguntas.

CUESTIONARIO “SF-12” SOBRE EL ESTADO DE SALUD

INSTRUCCIONES: *Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.*

1. En general, usted diría que su salud es:

1

Excelente

2

Muy buena

3

Buena

4

Regular

5

Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal.

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, Me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia...

	1 Siempre	2 Casi siempre	3 Algunas veces	4 Sólo alguna vez	5 Nunca
4. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades diarias a causa de su salud física .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia...

	1 Siempre	2 Casi siempre	3 Algunas veces	4 Sólo alguna vez	5 Nunca
6. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional (triste, deprimido o nervioso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional (triste, deprimido o nervioso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia...

	1	2	3	4	5
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. se sintió <u>calmado</u> y <u>tranquilo</u>?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. tuvo mucha <u>energía</u>?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. se sintió <u>desanimado</u> y <u>triste</u>?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca

INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON

A continuación se detalla una lista de patologías señale únicamente aquellas de las cuales ha sido diagnosticado y, por lo tanto, padece.

INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON	PUNTUACIÓN
Infarto de miocardio: debe existir evidencia en la historia clínica de que el paciente fue hospitalizado por ello, o bien evidencias de que existieron cambios en enzimas y/o en ECG	1
Insuficiencia cardiaca: debe existir historia de disnea de esfuerzos y/o signos de insuficiencia cardiaca en la exploración física que respondieron favorablemente al tratamiento con digital, diuréticos o vasodilatadores. Los pacientes que estén tomando estos tratamientos, pero no podamos constatar que hubo mejoría clínica de los síntomas y/o signos, no se incluirán como tales	1
Enfermedad arterial periférica: incluye claudicación intermitente, intervenidos de by-pass arterial periférico, isquemia arterial aguda y aquellos con aneurisma de la aorta (torácica o abdominal) de > 6 cm de diámetro	1
Enfermedad cerebrovascular: pacientes con AVC con mínimas secuelas o AVC transitorio	1
Demencia: pacientes con evidencia en la historia clínica de deterioro cognitivo crónico	1
Enfermedad respiratoria crónica: debe existir evidencia en la historia clínica, en la exploración física y en exploración complementaria de cualquier enfermedad respiratoria crónica, incluyendo EPOC y asma	1
Enfermedad del tejido conectivo: incluye lupus, polimiositis, enf. mixta, polimialgia reumática, arteritis cel. gigantes y artritis reumatoide	1
Úlcera gastroduodenal: incluye a aquellos que han recibido tratamiento por un ulcus y aquellos que tuvieron sangrado por úlceras	1
Hepatopatía crónica leve: sin evidencia de hipertensión portal, incluye pacientes con hepatitis crónica	1
Diabetes: incluye los tratados con insulina o hipoglicemiantes, pero sin complicaciones tardías, no se incluirán los tratados únicamente con dieta	1
Hemiplejia: evidencia de hemiplejia o paraplejia como consecuencia de un AVC u otra condición	2
Insuficiencia renal crónica moderada/severa: incluye pacientes en diálisis, o bien con creatininas > 3 mg/dl objetivadas de forma repetida y mantenida	2

Diabetes con lesión en órganos diana: evidencia de retinopatía, neuropatía o nefropatía, se incluyen también antecedentes de cetoacidosis o descompensación hiperosmolar	2
Tumor o neoplasia sólida: incluye pacientes con cáncer, pero sin metástasis documentadas	2
Leucemia: incluye leucemia mieloide crónica, leucemia linfática crónica, policitemia vera, otras leucemias crónicas y todas las leucemias agudas	2
Linfoma: incluye todos los linfomas, Waldenström y mieloma	2
Hepatopatía crónica moderada/severa: con evidencia de hipertensión portal (ascitis, varices esofágicas o encefalopatía)	3
Tumor o neoplasia sólida con metástasis	6
Sida definido: no incluye portadores asintomáticos	6

PUNTUACIÓN TOTAL INDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON:

CUESTIONARIO “FACT-P” ACERCA DEL IMPACTO DEL TRATAMIENTO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA

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.**

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 Nada
- 1 Un poco
- 2 Algo
- 3 Mucho
- 4 Muchísimo

ESTADO FISICO GENERAL DE SALUD

GP1	Me falta energía	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas.....	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.....	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo.....	0	1	2	3	4
GP7	Tengo que pasar tiempo acostado	0	1	2	3	4

AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL

GS1	Me siento cercano a mis amistades	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
GS4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS5	Estoy satisfecho con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
GS6	Me siento cercano a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
GS7	Estoy satisfecho con mi vida sexual	0	1	2	3	4

ESTADO EMOCIONAL

GE1	Me siento triste	0	1	2	3	4
GE2	Estoy satisfecho de cómo me estoy enfrentando a mi enfermedad	0	1	2	3	4
GE3	Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
GE4	Me siento nervioso	0	1	2	3	4
GE5	Me preocupa morir	0	1	2	3	4
GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore.....	0	1	2	3	4

CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL

GF1	Puedo trabajar (incluya el trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
GF2	Mi trabajo me satisface (incluya el trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
GF3	Puedo disfrutar de la vida.....	0	1	2	3	4
GF4	He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
GF5	Duermo bien.....	0	1	2	3	4
GF6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre.....	0	1	2	3	4
GF7	Estoy satisfecho con mi calidad de vida actual	0	1	2	3	4

OTRAS PREOCUPACIONES

C2	Estoy bajando de peso	0	1	2	3	4
C6	Tengo buen apetito	0	1	2	3	4
P1	Tengo dolores que me molestan	0	1	2	3	4
P2	Tengo dolor en ciertas partes del cuerpo	0	1	2	3	4
P3	El dolor me impide hacer las cosas que quiero hacer	0	1	2	3	4
P4	Estoy satisfecho con el alivio que tengo por el momento	0	1	2	3	4
P5	Soy capaz de sentir como hombre	0	1	2	3	4
P6	Tengo problemas con el estreñimiento.....	0	1	2	3	4
P7	Tengo dificultad al orinar	0	1	2	3	4
BL2	Orino más frecuentemente de lo usual.....	0	1	2	3	4
P8	Mis problemas con el orinar limitan mis actividades.....	0	1	2	3	4
BL5	Soy capaz de tener y mantener una erección	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO “IPSS” SOBRE SINTOMATOLOGIA URINARIA

A continuación, se le realizaran un conjunto de preguntas relacionadas con la presencia de sintomatología urinaria y una pregunta final sobre calidad de vida.

	Ninguna (0)	Menos de 1 vez de cada 5 (1)	Menos de la mitad de veces (2)	Aproxima- damente la mitad de veces (3)	Más de la mitad de veces (4)	Casi siempre (5)
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿Cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?						
2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?						
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?						
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?						
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?						
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?						
	Ninguna (0)	1 vez (1)	2 veces (2)	3 veces (3)	4 veces (4)	5 o más veces (5)
7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?						

PUNTUACIÓN IPSS GLOBAL

	Encantado (0)	Muy satisfecho (1)	Más bien satisfecho (2)	Tan satisfecho como insatisfecho (3)	Más bien insatisfecho (4)	Muy insatisfecho (5)	Fatal (6)
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?							