

## (HM-PRO)

*Lea la introducción antes de empezar a contestar el cuestionario.*

### **Introducción**

El objeto de este cuestionario es conocer su opinión sobre cómo afecta el estado de su enfermedad o tratamiento a su vida diaria.

La **PARTE A** está relacionada con diferentes aspectos de su actividad diaria y la **PARTE B** está relacionada con los síntomas que siente debido a su enfermedad o al tratamiento que recibe.

### **PARTE A**

Si este aspecto no constituye ningún problema para usted en absoluto, marque esta casilla:

**«NADA EN ABSOLUTO»**

Si su enfermedad hematológica afecta a este aspecto, elija en qué medida se ve afectada. Para ello, marque una de estas casillas:

**«UN POCO»; «MUCHO»**

Si alguna de las afirmaciones no le afecta, marque esta casilla:

**«NO ME AFECTA»**

### **PARTE B**

Si no siente este síntoma, marque esta casilla:

**«NADA EN ABSOLUTO»**

Si el síntoma le afecta, elija la intensidad de este. Para ello, marque una de estas casillas:

**«LEVE»; «GRAVE»**

No hay respuestas «correctas» ni «incorrectas». Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, dé la mejor respuesta posible.

La información que facilita se tratará de forma estrictamente confidencial.

Introduzca sus datos personales:

Número de identificación del paciente:

\* Hora de inicio: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:

DD / MM / AAAA

Fecha de hoy:

DD / MM / AAAA

# PARTE A

MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA DE QUÉ FORMA LE AFECTA SU ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA Y **CÓMO SE SIENTE HOY RESPECTO A ESTAS CUESTIONES**

	Nada en absoluto	Un poco	Mucho	No me afecta
<b>A. Las siguientes afirmaciones describen su funcionamiento físico</b>				
1. Tengo dificultad para caminar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo dificultad para realizar mis cuidados personales (p. ej., vestirme, bañarme, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo dificultad para realizar actividad física/deportes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo dificultad para viajar (p. ej., en bus, tren, avión y coche).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tengo dificultad para salir de casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo dificultad para trabajar (o estudiar).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo dificultad para irme de vacaciones .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B. Las siguientes afirmaciones describen su bienestar social</b>				
1. Tengo dificultad para socializar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estoy teniendo dificultad con las relaciones personales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo problemas con mi vida sexual.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>C. Las siguientes afirmaciones describen su comportamiento emocional</b>				
1. Me preocupa ser una carga para los demás.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me preocupa que la gente me juzgue .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me preocupa mi apariencia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me siento angustiado(a) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Siento ansiedad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me preocupa morirme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. No me siento optimista .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me preocupa mi salud futura .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mis hábitos de sueño han cambiado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tengo dificultad para concentrarme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me preocupa el tratamiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Ha leído y contestado a todas las afirmaciones de esta página?

MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA DE QUÉ FORMA LE AFECTA SU ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA Y **CÓMO SE SIENTE HOY RESPECTO A ESTAS CUESTIONES**

D. <i>Las siguientes afirmaciones describen sus hábitos de comida y bebida</i>	Nada en absoluto	Un poco	Mucho	No me afecta
1. Tengo problemas con mi apetito.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mis hábitos alimenticios han cambiado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mis hábitos de consumo de bebida han cambiado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A continuación, deje sus comentarios sobre cualquier otro aspecto de su vida diaria que se haya visto afectado por su enfermedad o por el tratamiento.**

Comentarios:

¿Ha leído y contestado a todas las afirmaciones de esta página?

**Pase a la siguiente página.**

## PARTE B

MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA LOS SÍNTOMAS QUE HA SENTIDO **DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES DÍAS**

*Las siguientes afirmaciones describen los síntomas de la enfermedad o los efectos secundarios del tratamiento.*

	Nada en absoluto	Leve	Grave
1. Tengo/he tenido fiebre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo dolor de estómago.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo problemas con mi nivel de energía.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Se me cae el pelo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me siento cansado(a).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tengo dolor de espalda.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo problemas con el sentido del gusto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo dificultad para respirar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo problemas de piel (p. ej., picores, cardenales, sarpullidos, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tengo dolores de cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tengo estreñimiento.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tengo bultos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Tengo dolor corporal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo infecciones (p. ej., en el pecho, pulmón, las vías urinarias, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tengo sudores nocturnos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Tengo diarrea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Tengo náuseas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Tengo/he tenido dolor en el pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Enumere a continuación cualquier otro síntoma que le preocupe o cualquier otro comentario que quiera hacer.*

¿Ha leído y contestado a todas las afirmaciones de esta página?

**\*Hora de finalización:** \_\_\_\_\_

**¡Gracias!**