

CONFIDENCIAL

Medición de los resultados informados por pacientes sobre  
las neoplasias hematológicas malignas  
**(HM-PRO)**

*Lea la introducción antes de comenzar a completar el cuestionario.*

**Introducción**

Con este cuestionario estamos tratando de conocer su opinión acerca de cómo su enfermedad o tratamiento están afectando su vida diaria.

La **PARTE A** está relacionada con diferentes áreas de sus actividades diarias y la **PARTE B** está relacionada con los síntomas que se le están presentando debido a su enfermedad o al tratamiento que está recibiendo.

**PARTE A**

Si el área no representa un problema para usted, marque la casilla donde se indica:  
**“PARA NADA”**

Si el área se ve afectada por su enfermedad hematológica, indique en qué medida se ve afectada marcando una de las casillas donde se indica:

**“UN POCO”; “MUCHO”**

Si alguno de los enunciados no se aplica a usted, marque la casilla donde se indica:  
**“NO CORRESPONDE”**

**PARTE B**

Si no presenta el síntoma, marque la casilla donde se indica:  
**“PARA NADA”**

Si el síntoma le afecta, seleccione el grado de gravedad del síntoma marcando una de las casillas donde se indica:

**“LEVE”; “GRAVE”**

No hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”. Si tiene alguna duda en cómo responder una pregunta, proporcione la mejor respuesta que pueda.

La información que usted proporcione será estrictamente confidencial.

Le rogamos que complete sus datos:

ID de paciente:

\* Hora de inicio:

Fecha de nacimiento:

Fecha de hoy:

## PARTE A

MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA CÓMO LE AFECTA SU ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA Y **CÓMO SE SIENTE HOY AL RESPECTO.**

**A. Los siguientes enunciados describen su comportamiento físico.**

	Para nada	Un poco	Mucho	No corresponde
1. Tengo dificultad para caminar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo dificultad con mi cuidado personal (por ejemplo, vestirme, bañarme, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo dificultad con las actividades físicas/deportes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo dificultad para viajar (por ejemplo, en autobús, tren, avión y auto).....	<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 con el trabajo (o los estudios).....	<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. Los siguientes enunciados describen su bienestar social.**

1. Tengo dificultad para socializar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tengo 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"/>

**C. Los siguientes enunciados describen su comportamiento emocional.**

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. Siento angustia .....	<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 seguro/a de mí mismo/a .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me preocupa mi futura salud .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me ha cambiado el patrón del sueño .....	<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 respondido todos los enunciados de esta página?

MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA CÓMO LE AFECTA SU ENFERMEDAD HEMATOLÓGICA Y **CÓMO SE SIENTE HOY AL RESPECTO.**

Para nada

Un poco

Mucho

No corresponde

**D. Los siguientes enunciados describen su forma de comer y beber.**

- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tengo problemas con el 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 bebida han cambiado.....     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Comente a continuación sobre cualquier otra área de su vida diaria que se haya visto afectada por su enfermedad o el tratamiento.**

Comentarios:

¿Ha leído y respondido todos los enunciados de esta página?

**Pase a la página siguiente.**

## PARTE B

MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA LOS SÍNTOMAS QUE SE LE HAN ESTADO PRESENTANDO **DURANTE LOS ÚLTIMOS TRES DÍAS.**

<i>Los siguientes enunciados describen los síntomas de la enfermedad o los efectos secundarios del tratamiento.</i>	<i>Para nada</i>	<i>Leve</i>	<i>Grave</i>
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 cabello y el vello.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Siento cansancio .....	<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 dificultades para respirar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo problemas en la piel (por ejemplo, picazón, moretones, 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 en el cuerpo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo infecciones (por ejemplo, de pecho, pulmonares, urinarias, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Tengo sudores nocturnos excesivos .....	<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"/>

*Indique a continuación cualquier otro síntoma que le preocupe o cualquier otro comentario que desee hacer.*

¿Ha leído y respondido todos los enunciados de esta página?

¡Gracias!

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