

Estimado/a Sr./Sra.:

Pronto comenzará su tratamiento en MAASTRO Clinic. Nos gustaría saber qué molestias ha experimentado en diversos momentos con respecto a los problemas causados por el tratamiento o que hayan podido empeorar a raíz del mismo. Por este motivo le pedimos que rellene este breve cuestionario. El cuestionario se utiliza para complementar su visita con el médico. Después del tratamiento, le pediremos que vuelva a rellenar este cuestionario unas cuatro veces al año. Recibirá la lista por correo con un sobre que no necesita franqueo.

El cuestionario consta de varios temas. Para cada tema se ofrecen varias posibilidades. Léalo con atención y elija a continuación la frase que mejor defina su situación en ese momento. También le pedimos que indique su peso actual (el último peso registrado en su domicilio o en la consulta con el médico). Debe enviarnos la lista completa en el sobre adjunto que no necesita franqueo.

Si tiene alguna duda o pregunta, puede consultar al asistente del médico o al propio médico.

Nos gustaría darle las gracias de antemano por su colaboración.

Atentamente,

Centro de datos de MAASTRO Clinic

Estimado señor/señora:

Por la presente le enviamos el siguiente cuestionario relacionado con el tratamiento al que se ha sometido en MAASTRO clinic.

El cuestionario consta de ocho preguntas de varios temas. Para cada tema se ofrecen diversas posibilidades. Léalo con atención y elija la frase que mejor defina su situación en este momento. También le pedimos que indique su peso actual (el último peso registrado en su domicilio o en la consulta con el médico) ha medido por última vez. Debe enviarnos la lista completa en el sobre adjunto que no necesita franqueo.

Nos gustaría darle las gracias de antemano por su colaboración.

Atentamente,

Centro de datos MAASTRO Clinic

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Número de paciente:

Fecha de cumplimentación:

dd/mm/aaaa __/__/____

Peso actual:

_____, ____ kg

1. ¿Puede llevar a cabo sus actividades diarias?

- ☐ Puedo llevar a cabo mis actividades diarias con normalidad, sin limitaciones.
- ☐ Solo me siento limitado con respecto al trabajo físicamente extenuante; no puedo desarrollar algunas tareas pesadas en casa o en el trabajo.
- ☐ Me siento limitado en lo que puedo hacer a diario, pero estoy más de la mitad del día fuera de la cama o de la silla y puedo cuidar de mí mismo.
- ☐ Estoy menos de la mitad de la jornada fuera de la cama o de la silla, y necesito ayuda para mi cuidado personal.
- ☐ Necesito ayuda para todo, soy completamente dependiente, estoy confinado en la cama o estoy permanentemente sentado.

2. ¿Presenta dificultades de deglución (para tragar)?

- ☐ No tengo problemas de deglución.
- ☐ Tengo un poco de dificultad de deglución, pero puedo comer autónomamente.
- ☐ Tengo muchos problemas de deglución, así que cambié mi dieta y no puedo comer ciertos alimentos.
- ☐ Tengo muchos problemas de deglución, por lo que me es imposible comer normalmente. He estado ingresado por este motivo en el hospital o recibo alimento a través de una sonda o por vía intravenosa.
- ☐ He estado ingresado con problemas de deglución amenazantes para la vida.

3. ¿Ha perdido peso como resultado de su enfermedad o tratamiento?

- ☐ Apenas he perdido peso como consecuencia de mi enfermedad o tratamiento.
- ☐ He perdido menos de 5 kg como consecuencia de mi enfermedad o tratamiento.
- ☐ He perdido entre 5 y 10 kilos debido a mi enfermedad o al tratamiento y estoy recibiendo asistencia nutricional.
- ☐ He perdido más de 10 kilos debido a mi enfermedad o al tratamiento y recibo alimento por sonda.

4. ¿Tiene dolor?

- ☐ No tengo dolor.
- ☐ Tengo un dolor leve, pero no limita mis actividades diarias.
- ☐ Tengo un dolor moderado y uso analgésicos, pero no interfiere en mis actividades diarias.
- ☐ Tengo un dolor muy severo y apenas puedo realizar mis actividades diarias.
- ☐ Debido al intenso dolor que sufro ya no puedo llevar a cabo mis actividades diarias.

5. ¿Sufre de disnea (falta de aliento)?

- 0 No sufro de disnea, tampoco cuando tengo que hacer un esfuerzo; como subir escaleras, hacer recados, etc.
- 0 Sufro de disnea, pero todavía puedo subir las escaleras de un piso o caminar 100 metros sin parar.
- 0 Sufro de disnea, no puedo subir las escaleras de un piso y no puedo caminar más de 100 m sin parar.
- 0 Me falta el aliento con poco esfuerzo como al aseoarme, ducharme, etc.
- 0 Me falta el aliento, incluso en reposo, y necesito oxígeno continuamente.

6. ¿Sufre usted de tos?

- 0 No sufro de tos.
- 0 Toso un poco, pero no uso medicamentos que necesitan receta; los remedios caseros son suficientes.
- 0 Sufro de tos, para lo que utilizo medicamentos con receta. En consecuencia de esta tos, a veces tengo problemas para realizar mis actividades diarias, pero puedo cuidar de mí mismo.
- 0 Toso mucho y tengo problemas para cuidar de mí mismo (por ejemplo, ducharme, vestirme) y/o esto ocasiona que no pueda descansar por la noche.

7. ¿Tiene a veces tos productiva (con mucosidad, flemas)

- 0 No tengo tos productiva.
- 0 A veces tengo tos productiva.
- 0 Tengo tos productiva, por lo que veo limitadas mis actividades diarias.
- 0 Tengo tos productiva, con mucha mucosidad y tengo problemas para cuidar de mí mismo.

8. ¿Tose alguna vez con sangre?

- 0 No toso con sangre.
- 0 Toso con sangre alguna vez.
- 0 Tengo pérdidas importantes de sangre y por eso me he sometido a una operación o tratamiento con láser.
- 0 Presento pérdida severa de sangre y me van a realizar una transfusión de sangre.
- 0 Presento pérdidas graves de sangre y me deben operar.