



CUESTIONARIO ASISTENCIA EN NUEVOS TRATAMIENTOS

3

MEDIDA FINAL 6 MESES

Nombre y apellidos paciente: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Fecha segunda medición: ___ / ___ / ___

Código AXONFARMA¹: _____

¿El paciente ha cambiado el tratamiento a estudio en los 6 últimos meses?

- Sí. -----> *Fin de cuestionario. Causa de abandono del estudio.*
- No.

En vigencia con el Reglamento Europeo de Protección de Datos (2016/679) los datos obtenidos serán de carácter confidencial, éstos datos serán organizados con un número asignado. Los datos recogidos estarán anonimizados y estarán a disposición del equipo de investigación de este estudio “**Efectividad de una intervención para mejorar la adherencia al tratamiento a nuevos medicamentos desde la farmacia comunitaria**”, para el posterior desarrollo de informes y publicaciones dentro de revistas científicas. La información recopilada no será utilizada para ningún otro propósito.

¹ Sólo en farmacias intervención

Características clínicas

- Enfermedad objeto a estudio. (Seleccione sólo una opción).

- Hipertensión.
- EPOC.
- Diabetes.
- Anticoagulados.

- (SÓLO CONTESTAR SI HIPERTENSIÓN) Valor de la presión arterial:

-Presión máxima (sistólica): mm Hg

-Presión mínima (diastólica): mm Hg

- (SÓLO CONTESTAR SI EPOC)

| | | |
|---|-----------|---|
| Nunca toso | ① ② ③ ④ ⑤ | Siempre estoy tosiendo |
| No tengo flema (mucosidad) en el pecho | ① ② ③ ④ ⑤ | Tengo el pecho completamente lleno de flema (mucosidad) |
| No siento ninguna opresión en el pecho | ① ② ③ ④ ⑤ | Siento mucha opresión en el pecho |
| Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, no me falta el aire | ① ② ③ ④ ⑤ | Cuando subo una pendiente o un tramo de escaleras, me falta mucho el aire |
| No me siento limitado para realizar actividades domésticas | ① ② ③ ④ ⑤ | Me siento muy limitado para realizar actividades domésticas |
| Me siento seguro al salir de casa a pesar de la afección pulmonar que padezco | ① ② ③ ④ ⑤ | No me siento nada seguro al salir de casa debido a la afección pulmonar que padezco |
| Duermo sin problemas | ① ② ③ ④ ⑤ | Tengo problemas para dormir debido a la enfermedad pulmonar que padezco |
| Tengo mucha energía | ① ② ③ ④ ⑤ | No tengo ninguna energía |

Calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D)

Debajo de cada enunciado, **marque UNA casilla**, la que mejor describe su salud **HOY**.

B1. MOVILIDAD

- No tengo problemas para caminar ----- (1)
- Tengo problemas leves para caminar ----- (2)
- Tengo problemas moderados para caminar ----- (3)
- Tengo problemas graves para caminar ----- (4)
- No puedo caminar ----- (5)

B2. AUTO-CUIDADO

- No tengo problemas para lavarme o vestirme ----- (1)
- Tengo problemas leves para lavarme o vestirme ----- (2)
- Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme ----- (3)
- Tengo problemas graves para lavarme o vestirme ----- (4)
- No puedo lavarme o vestirme ----- (5)

B3. ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas ----- (1)
- Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas ----- (2)
- Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas ----- (3)
- Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas ----- (4)
- No puedo realizar mis actividades cotidianas ----- (5)

B4. DOLOR / MALESTAR

- No tengo dolor ni malestar ----- (1)
- Tengo dolor o malestar leve ----- (2)
- Tengo dolor o malestar moderado ----- (3)
- Tengo dolor o malestar fuerte ----- (4)
- Tengo dolor o malestar extremo ----- (5)

B5 .ANSIEDAD / DEPRESIÓN

- No estoy ansioso ni deprimido----- (1)
 Estoy levemente ansioso o deprimido ----- (2)
 Estoy moderadamente ansioso o deprimido ----- (3)
 Estoy muy ansioso o deprimido----- (4)
 Estoy extremadamente ansioso o deprimido----- (5)

Nos gustaría conocer lo buena o mala que es su salud
HOY.

La escala está numerada del 0 al 100.

100 representa la mejor salud que usted se pueda
imaginar.

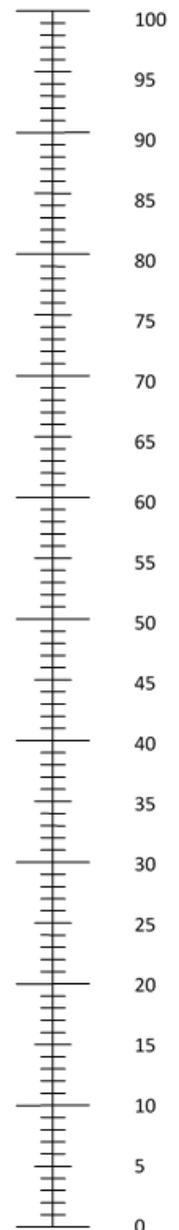
0 representa la peor salud que usted se pueda
imaginar.

Marque con una X en la escala para indicar cuál es su
estado de salud HOY.

Ahora, en la casilla que encontrará a continuación
escriba el número que ha marcado en la escala.

B6. SU SALUD HOY

La mejor salud que
usted se pueda imaginar



La peor salud
que usted se pueda
imaginar

Adherencia al tratamiento

- En los últimos 6 meses, ¿ha olvidado tomar la medicación (fármaco objeto a estudio)?

Sí.

No.

- Grado de cumplimentación semanal.

Nº pastillas tomadas: _____ pastillas

Nº de pastillas prescritas: _____ pastillas

$$\% \text{ Adhesión} = \left(\frac{\text{Nº pastillas tomadas}}{\text{Nº de pastillas prescritas}} \right) \times 100$$

- Con ayuda de su farmacéutico, ¿Cuál sería su tasa de posesión de medicamentos (TPM)? *(Se refiere al porcentaje de días que el paciente tiene la medicación disponible, y se calcula mediante la siguiente fórmula)*

$$TPM = \frac{\text{Días con medicación disponible según retirada}}{\text{Número de días del intervalo}}$$

PARA ELLO:

-Días con medicación disponible: el número de días que el paciente tiene medicación disponible desde inicio al fin del estudio, teniendo en cuenta su pauta y el momento de la medicación retirada. _____ días

-Nº días del intervalo: tiempo de seguimiento desde inicio al fin del estudio. _____ días

Consumo de servicios

Queremos saber el consumo de servicios en los últimos 6 meses, SOLO de aquellos que estén relacionados con el problema por el que toma la medicación y/o la propia medicación

En los últimos 6 meses, ¿Cuántas visitas ha realizado a su médico de familia?
_____ visitas

En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces su médico de familia lo ha visitado en su domicilio? _____ visitas

En los últimos 6 meses, ¿cuántas visitas ha realizado al médico especialista?
_____ visitas

Respecto a las urgencias, ¿cuántas veces ha tenido que acudir a urgencias de su centro de salud? _____ visitas

¿Y a urgencias del hospital? _____ visitas

En los últimos 6 meses, ¿ha sido ingresado alguna vez?

- Sí.
 No.

Si ha sido ingresado, ¿durante cuánto tiempo? _____ días

¿Cuál fue el motivo del ingreso?

En cuanto a su medicación a estudio que le recetaron hace unos seis meses, ¿ha tenido que modificarla?

- Sí.
 No.