



CUESTIONARIO ASISTENCIA EN NUEVOS TRATAMIENTOS

1

PRIMERA MEDICIÓN NIVEL BASAL

Nombre y apellidos paciente:

DNI:

Teléfono:

Fecha primera medición: / /

Código AXONFARMA¹:

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 sociodemográficas

- Edad. (En años): años

- Sexo. (Seleccione sólo una opción).

Hombre.

Mujer.

- Número de hijos/as. hijos/as.

- Aproximadamente, ¿Cuántas amigas/os íntimos o familiares cercanos tiene usted? (Apoyo social):

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.

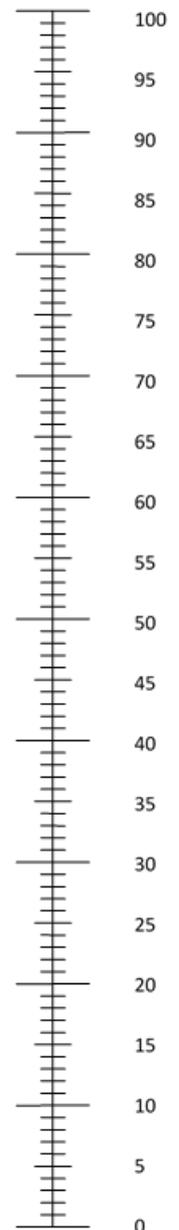
0 representa la peor salud que usted se pueda
imaginar.

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