

# TU CUESTIONARIO DE LA EM

Este cuestionario contiene preguntas que tratan sobre tu EM en los últimos 6 meses, incluyendo información sobre brotes, tus síntomas y su impacto en tu vida diaria. Esta información te ayudará a tener una conversación más fluida con tu profesional sanitario sobre tu EM y cualquier cambio que hayas experimentado en los últimos 6 meses. Es recomendable que cuentes con la ayuda y opinión de un miembro de tu familia, tu pareja o tu cuidador cuando completes el cuestionario.

Este cuestionario es anónimo y tiene como objeto comprender la progresión de la esclerosis múltiple. El análisis de respuestas se realizará de forma agregada y anonimizada.

FECHA: \_\_\_\_\_

¿QUÉ EDAD TIENES? \_\_\_\_\_

## 1. TU EM

1.1 En los últimos 6 meses, ¿has tenido algún brote? (periodo de tiempo en los que tus síntomas empeoraron y después volvieron a mejorar)

Sí

No

1.2 Si has tenido brotes, ¿cuántos han sido?

1

2

3+

1.3 Si has tenido brotes, ¿cómo te has recuperado de tu brote más reciente?

Por completo  
(100%)

Casi por completo  
(75%)

Parcialmente  
(50%)

Un poco  
(25%)

Nada  
(0%)

## 2. TUS SÍNTOMAS

a) ¿Has tenido alguno de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses? Selecciona solo los síntomas que tienes.	b) Si tuviste alguno de ellos, ¿fueron durante un brote?		c) ¿Los síntomas iban y venían o estuvieron presentes casi todo el tiempo durante el brote?		d) Si los síntomas estuvieron presentes casi todo el tiempo durante el brote...		
Selecciona	Sí	No	Los síntomas iban y venían	Los síntomas estuvieron presentes casi todo el tiempo	¿Fueron mejorando?	¿Se mantuvieron igual?	¿Fueron empeorando?
2.1 Problemas de visión <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Debilidad muscular o espasmos musculares <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Problemas para caminar y moverse <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Problemas de coordinación y equilibrio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Dolor <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Entumecimiento o cosquilleo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Problemas de incontinencia urinaria o fecal <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Problemas para hablar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 Problemas para concentrarse y de memoria <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 Cansancio o fatiga <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. CÓMO IMPACTA LA EM EN TU VIDA

¿Cuánto te han afectado tus síntomas de EM en los últimos 6 meses?

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	No puedo hacer esto debido a mi EM
<b>3.1</b> Moverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2</b> Lavarse, bañarse y vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.3</b> Hacer tareas del día a día (ej., tareas del hogar, conducir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.4</b> Participar en hobbies y actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.5</b> Trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No trabajo por causas no relacionadas con mi EM				<input type="checkbox"/>
<b>3.6</b> Tener relaciones íntimas/sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.7</b> A nivel emocional (ej., sentimiento de desánimo, ansiedad, preocupación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Completaste el cuestionario solo o con la ayuda de algún miembro de la familia, pareja o cuidador?

Completamente solo
  Completado con la ayuda de la familia, pareja o cuidador

Por favor, haznos saber tu opinión sobre esta declaración: «El cuestionario de Tu EM fue fácil de completar».

Totalmente de acuerdo
  De acuerdo
 En desacuerdo
 Totalmente en desacuerdo

¿Hay algún síntoma en concreto sobre el que te gustaría centrarte cuando hables con tu profesional sanitario? Si es así, escribe en el recuadro de abajo el número que le corresponda.