## Spine Tango COMI Evaluación del paciente mismo

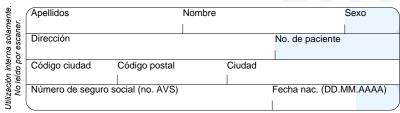




## Instrucciones

- Use lápiz nº2 para marcar
- Por favor marque solo una casilla en cada pregunta

Marcar rellenando toda la casilla



Indicación obligatoria	Utilize N	differo de seguro sociai (fil	J. AV3)		
Intervalo de examen  ante la operación  4 semanas  6 6 semanas  2 meses	3 meses 6 meses 7 9 meses 7 1 año	C > 2; C > 3; C > 4; C > 5; C > 0ti	años años	por ejemplo 4 meses = 4 meses/12 meses = 0.33 años	
Los problemas del cuello pueden provocar dolor de cuello y/o dolor en la región del brazo/ hombro, así como a trastornos sensitivos como hormigueos, pinchazos o entumecimiento en cualquiera de estas regiones.					
¿Cual de los siguientes problemas es <u>el que más le molesta</u> ? Por favor marque solo una casilla.  co dolor de cuello co dolor de brazo/hombro co trastornos sensitivos en el brazo/hombro como hormigueo, pinchazos, entumecimiento co ninguna de las anteriores					
2 En las dos preguntas siguientes (2a y 2b) por favor indique la intensidad del dolor de 0 a 10 (0 = ningún dolor, 10 = el peor dolor imaginable). Hay preguntas separadas para el dolor de cuello y para el dolor de brazo/hombro.					
¿Cuán intenso fue su do ningún 0 1 2 dolor co co co	2 3 4	durante la últim	8 9 10	<b>peor</b> dolor imaginable	
¿Cuán intenso fue su dolor de brazo/hombro, durante la última semana?					
ningún 0 1 2 dolor co co c		5 6 7 () () ()	8 9 10	peor dolor imaginable	
Durante la última semana, ¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual? (Incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)  nada un poco regular bastante mucho					
¿Cómo se sentiría Vd. si tuviese que pasar el resto de su vida con las molestias que tiene en este momento?					

- c > pastante contento
  c > ni contento ni disgustado
  c > algo disgustado
  c > muy disgustado

- 5 ¿Considerando la última semana: Como calificaría su calidad de vida?

muy buena buena

- c > regular
- c > măla
- co muy mala

página 2 di 2

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo que de dejar de hacer alguna de las actividades cotidianas que suelen ocuparle más de medio dia, a cause de su dolor de cuello o del brazo?  ininguno interes y 7 días interes y 14 días interes y 14 días interes y 21 días
Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo que de dejar de ir a trabajar o a clase a causa de su dolor de cuello o del brazo?  o ninguno o entre 1 y 7 días o entre 8 y 14 días o entre 15 y 21 días o más de 21 días
Responda a las preguntas siguientes solamente si completan este cuestionario DESPUES de la operación
¿Sufrió alguna complicación como consecuencia de la operación en nuestro hospital ? (Ej: problemas de cicatrización, parálisis, trastorno sensitivo)  por favor, descríbalas:
¿Cuánto le han molestado estas complicaciones?  nada un poco regular bastante mucho
¿Desde que fue intervenido en nuestro hospital, ha sido operado de nuevo de su columna cervical (cuello) en nuestro o ne un otro hospital?  cono cono cono cono cono cono cono co
¿Cómo de satisfecho ha estado, con el tratamiento recibido en nuestro hospital, mientras ha sido tratado de su dolor de cuello o del brazo?  """ """ """ """ """ """ """ """ """
En general, ¿cuánto ayudó, a su problema de cuello, la operación realizada en nuestro hospital?  ayudó mucho ayudó ayudó solo un poco ayudó solo un poco ayudó a empeoró el problema
Fecha  Día  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 3  Mese  COCOCOCOCOCOCOCOCOCOCOCOCOCOCOCOCOCOC

Firma:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35