

Instrucciones

- Use lápiz nº2 para marcar
- Por favor marque solo una casilla en cada pregunta
- Marcar rellenando toda la casilla
- Indicación obligatoria

Utilización interna solamente. No leída por escaner.

Apellidos		Nombre		Sexo
Dirección			No. de paciente	
Código ciudad	Código postal	Ciudad		
Número de seguro social (no. AVS)			Fecha nac. (DD.MM.AAAA)	

Intervalo de examen

- | | | | |
|--|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> ante la operación | <input type="checkbox"/> 3 meses | <input type="checkbox"/> 2 años | |
| <input type="checkbox"/> 4 semanas | <input type="checkbox"/> 6 meses | <input type="checkbox"/> 3 años | |
| <input type="checkbox"/> 6 semanas | <input type="checkbox"/> 9 meses | <input type="checkbox"/> 4 años | |
| <input type="checkbox"/> 2 meses | <input type="checkbox"/> 1 año | <input type="checkbox"/> 5 años | |
| | | <input type="checkbox"/> otro: 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.

1 ¿Cual de los siguientes problemas es **el que más le molesta**? Por favor marque solo una casilla.

- dolor de cuello
- dolor de brazo/hombro
- trastornos sensitivos en el brazo/hombro como hormigueo, pinchazos, entumecimiento
- 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**.

2a ¿Cuán intenso fue su **dolor de cuello**, durante la última semana?

ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **peor** dolor imaginable

2b ¿Cuán intenso fue su **dolor de brazo/hombro**, durante la última semana?

ningún dolor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 **peor** dolor imaginable

3 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

4 ¿Cómo se sentiría Vd. si tuviese que pasar **el resto de su vida con las molestias que tiene en este momento**?

- muy contento
- bastante contento
- ni contento ni disgustado
- algo disgustado
- muy disgustado

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

- muy buena
- buena
- regular
- mala
- muy mala

por favor, doble la página...

