

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 leído 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 de espalda pueden provocar dolor en la espalda y/o dolor en las piernas/nalgas, así como trastornos sensitivos como hormigueo, pinchazos o entumecimiento en alguna de estas regiones.

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

- dolor de espalda
- dolor de pierna/nalgas
- trastornos sensitivos en la espalda/pierna/nalgas 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 espalda** y para el **dolor de pierna (ciática)/nalgas**.

2a ¿Cuán intenso fue su **dolor de espalda**, 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 la pierna (ciática)/nalgas**, 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...

6 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo que de dejar de hacer alguna de las actividades cotidianas que suelen ocuparle más de medio día, a cause de su dolor de espalda o de la pierna (ciática)?

- ninguno
entre 1 y 7 días
entre 8 y 14 días
entre 15 y 21 días
más de 21 días

7 Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántos días tuvo que de dejar de ir a trabajar o a clase a causa de su dolor de espalda o de la pierna (ciática)?

- ninguno
entre 1 y 7 días
entre 8 y 14 días
entre 15 y 21 días
más de 21 días

Responda a las preguntas siguientes solamente si completan este cuestionario DESPUES de la operación

8a ¿Sufrió alguna complicación como consecuencia de la operación en nuestro hospital? (Ej: problemas de cicatrización, parálisis, trastorno sensitivo)

- no
si

por favor, descríbalas:

8b ¿Cuánto le han molestado estas complicaciones?

- nada
un poco
regular
bastante
mucho

9 ¿Desde que fue intervenido en nuestro hospital, ha sido operado de nuevo de su columna lumbar (espalda) en nuestro o ne un otro hospital?

- no
si, pero a distinto nivel de la columna
si, al mismo nivel (mismo segmento vertebral)

10 ¿Cómo de satisfecho ha estado, con el tratamiento recibido en nuestro hospital, mientras ha sido tratado de su dolor lumbar o del dolor en la pierna?

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

11 En general, ¿cuánto ayudó, a su problema de espalda, la operación realizada en nuestro hospital?

- ayudó mucho
ayudó
ayudó solo un poco
no ayudó
empeoró el problema

Fecha Día 1-31, Mes 1-12, Año 20-35

Firma: