

### 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.

Compatible con SGS SWISSpine registro

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 el tratamiento     | <input type="checkbox"/> 2 meses | <input type="checkbox"/> 2 años           |                     |
| <input type="checkbox"/> de alta                 | <input type="checkbox"/> 3 meses | <input type="checkbox"/> 3 años           |                     |
| <input type="checkbox"/> (final del tratamiento) | <input type="checkbox"/> 6 meses | <input type="checkbox"/> 4 años           | por ejemplo 4 meses |
| <input type="checkbox"/> 4 semanas               | <input type="checkbox"/> 9 meses | <input type="checkbox"/> 5 años           | = 4 meses/12 meses  |
| <input type="checkbox"/> 6 semanas               | <input type="checkbox"/> 1 año   | <input type="checkbox"/> otro: ..... años | = 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 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

**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 del tratamiento

**8a** ¿Sufrió alguna **complicación** como consecuencia del tratamiento **en nuestra institución (consulta/ clínica)**? (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 tratado en nuestra institución (consulta/ clínica), ha sido **tratado de nuevo** de su columna lumbar (espalda) **en nuestra o en una otra institución (consulta/ clínica)**?

- 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 nuestra institución (consulta/ clínica)**, 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, el **tratamiento realizado en nuestra institución (consulta/ clínica)**?

- ayudó mucho
- ayudó
- ayudó solo un poco
- no ayudó
- 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  31  
 Mese  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12      Año  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25

Firma: .....