

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 leer 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...

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 cuello o del brazo?

- 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 cuello o del brazo?

- 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 cervical (cuello) 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 de cuello o del brazo?

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

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

- 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 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

Firma: