

Valoración de los Resultados Comunicados por el Paciente

KDQOL™ 35 Lista de síntomas

¿Cuál es el propósito de este estudio?

Esta parte del estudio se lleva a cabo en colaboración con los médicos y sus pacientes. La finalidad del mismo es evaluar la calidad de vida y los síntomas de los pacientes con hiperparatiroidismo autónomo (secreción defectuosa de PTH).

¿Qué tendré que hacer?

Para este estudio, le pediremos que rellene hoy un cuestionario sobre su salud y sobre cómo se encuentra. Marque con una “X” la casilla situada junto a la respuesta que elige para cada pregunta.

¿Es confidencial esta información?

No le preguntaremos su nombre. Sus respuestas se mezclarán con las de los demás participantes en el estudio a la hora de dar los resultados del mismo. Cualquier información que pudiera servir para identificarle será considerada estrictamente confidencial.

¿En qué me beneficiará mi participación?

La información que usted nos facilite nos servirá para saber qué piensa sobre los cuidados médicos que le prestan y nos ayudará a comprender mejor los efectos de la atención médica en la salud de los pacientes. Esta información nos ayudará a evaluar los cuidados médicos que se prestan a los pacientes con hiperparatiroidismo autónomo.

¡Gracias por rellenar este cuestionario!

Las siguientes preguntas se refieren a hasta qué punto le han podido molestar ciertas dolencias durante las últimas 4 semanas. Conteste cada pregunta con la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido.

1. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto le ha molestado cada uno de los siguientes síntomas? [Marque una casilla en cada línea]

	Nada	Algo	Moderada- mente	Mucho	Extremada- mente
A ¿Piel seca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
B ¿Picazón en la piel?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
C ¿Sin fuerzas?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
D ¿Fatiga, debilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
E ¿Rendido o exhausto? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
F ¿Dolor muscular?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
G ¿Sed excesiva?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
H ¿Boca seca?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
I ¿Dolor de articulaciones?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
J ¿Problemas de sueño? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
K ¿Suelen aparecer moratones con facilidad?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
L ¿Adormilamiento durante el día?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
M ¿Calambres durante la diálisis?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
N ¿Rigidez en las articulaciones?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
O ¿Tensión alta?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
P ¿Dolor de espalda?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	Nada	Algo	Moderada- mente	Mucho	Extremada- mente
Q ¿Entumecimiento (hormigueo) de manos o pies?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
R ¿Dolor de huesos?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
S ¿Espasmos musculares?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
T ¿Falta de apetito?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
U ¿Dolores de cabeza?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
V ¿Náuseas o estómago revuelto?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
W ¿Tensión baja?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
X ¿Problemas de memoria?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Y ¿Falta de aire?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Z ¿Calambres después de la diálisis?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
AA ¿Desmayos o mareos?...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
BB ¿Golpes de calor o frío?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
CC ¿Problemas de concentración?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
DD ¿Dificultad al respirar?..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
EE ¿Visión borrosa?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
FF ¿Dolor en el pecho?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
GG ¿Tobillos hinchados?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
HH ¿Pérdida del gusto?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
II ¿Problemas de coagulación u otras complicaciones en la vía de acceso?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5