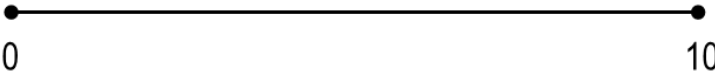
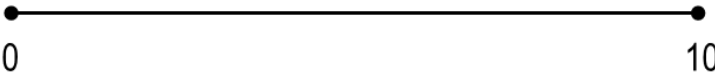


Nombre y apellidos: _____ Género: _____
 Edad: _____ Peso (kg): _____ Fecha: ____/____/____

CUESTIONARIO DE ESTADO DE DOLOR

Global Pain State questionnaire (GPSq)

DOLOR	
Señale sobre la línea horizontal donde mejor se describa el dolor que siente <u>ahora</u>	MARQUE CON UNA CRUZ
	<input type="checkbox"/> 4 - Extremadamente intenso
	<input type="checkbox"/> 3 - Intenso
	<input type="checkbox"/> 2 - Moderado
	<input type="checkbox"/> 1 - Suave
	<input type="checkbox"/> 0 - Ninguno

ALIVIO	
Señale sobre la línea horizontal donde mejor se describa el alivio que siente <u>ahora</u>	MARQUE CON UNA CRUZ
	<input type="checkbox"/> 4 - Extremadamente aliviado
	<input type="checkbox"/> 3 - Intenso
	<input type="checkbox"/> 2 - Moderado
	<input type="checkbox"/> 1 - Suave
	<input type="checkbox"/> 0 - Ninguno

SÍNTOMAS DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA			
<input type="checkbox"/> Somnolencia	<input type="checkbox"/> Impotencia sexual	<input type="checkbox"/> Boca seca	<input type="checkbox"/> Otros (indicar):
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Disminución deseo sexual	<input type="checkbox"/> Edema	
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Cambio de peso	<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/> Insomnio	
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Enrojecimiento piel	<input type="checkbox"/> Nerviosismo	
<input type="checkbox"/> Picor	<input type="checkbox"/> Piel seca	<input type="checkbox"/> Falta de apetito	

SI ESTOS SÍNTOMAS HAN MOTIVADO		
	Por su DOLOR	Por OTRAS causas
Ir a urgencias	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Ingreso en el hospital	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cambio de medicación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Nombre y apellidos: _____ Fecha: ____/____/____

CUESTIONARIO DE ESTADO DE DOLOR

Global Pain State questionnaire (GPSq)

ESTADO DE SALUD	
<p style="text-align: center;">La respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de <u>hoy</u>:</p>	<p style="text-align: center;">Señale sobre la línea vertical donde mejor se describa su estado de salud <u>hoy</u></p>
<p>MOVILIDAD</p> <p>No tengo problemas para caminar <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo problemas leves para caminar <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo problemas moderados para caminar <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo problemas graves para caminar <input type="checkbox"/></p> <p>No puedo caminar <input type="checkbox"/></p> <p>AUTO-CUIDADO</p> <p>No tengo problemas para lavarme o vestirme <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo problemas leves para lavarme o vestirme <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo problemas moderados para lavarme o vestirme <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo problemas graves para lavarme o vestirme <input type="checkbox"/></p> <p>No puedo lavarme o vestirme <input type="checkbox"/></p> <p>ACTIVIDADES COTIDIANAS (Ej.: trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)</p> <p>No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo problemas leves para realizar mis actividades cotidianas <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo problemas moderados para realizar mis actividades cotidianas <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo problemas graves para realizar mis actividades cotidianas <input type="checkbox"/></p> <p>No puedo realizar mis actividades cotidianas <input type="checkbox"/></p> <p>DOLOR / MALESTAR</p> <p>No tengo dolor ni malestar <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo dolor o malestar leve <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo dolor o malestar moderado <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo dolor o malestar fuerte <input type="checkbox"/></p> <p>Tengo dolor o malestar extremo <input type="checkbox"/></p> <p>ANSIEDAD / DEPRESIÓN</p> <p>No estoy ansioso ni deprimido <input type="checkbox"/></p> <p>Estoy levemente ansioso o deprimido <input type="checkbox"/></p> <p>Estoy moderadamente ansioso o deprimido <input type="checkbox"/></p> <p>Estoy muy ansioso o deprimido <input type="checkbox"/></p> <p>Estoy extremadamente ansioso o deprimido <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">El mejor estado de salud imaginable</p> <div style="text-align: center;"> <p style="margin: 0;">● 100</p> <p style="margin: 0;">● 90</p> <p style="margin: 0;">● 80</p> <p style="margin: 0;">● 70</p> <p style="margin: 0;">● 60</p> <p style="margin: 0;">● 50</p> <p style="margin: 0;">● 40</p> <p style="margin: 0;">● 30</p> <p style="margin: 0;">● 20</p> <p style="margin: 0;">● 10</p> <p style="margin: 0;">● 0</p> </div> <p style="text-align: center;">El peor estado de salud imaginable</p>

OCUPACIÓN ACTUAL: Trabajador en activo Parado Jubilado Ama de casa

INGRESOS ECONÓMICOS: Menos de 500 € Entre 500-1000 € Más de 1000 €

Muchas gracias por completarla, dásela al personal facultativo

Incapacidad