



# Esclerosis múltiple (EM)

## y el aumento progresivo de la discapacidad física en el curso de la enfermedad

**Este cuestionario le pregunta sobre su EM en los últimos 6 meses, incluyendo cualquier recaída, síntomas y el impacto en su vida cotidiana.**

Esta información lo ayudará a tener una conversación con su médico enfocada en su EM y los cambios que ha experimentado durante los últimos 6 meses. Si es posible, al completar este cuestionario, pregunte a un miembro de su familia, a su pareja o al cuidador por contribuciones y aportes.

¿Cuántos años tiene?

Por favor marque una casilla por pregunta para dar su respuesta

### 1. Su EM

**1.1** ¿En los últimos 6 meses ha tenido alguna recaída (periodos de tiempo en los que sus síntomas empeoraron y luego mejoraron)?

SI  NO   
Ir a la sección 2

**1.2** De ser afirmativo, ¿cuántas recaídas?

1  2  3+

**1.3** De ser afirmativo, ¿qué tan bien se recuperó de su recaída más reciente?

Completamente	Casi completamente	Parcialmente	Un poco	En absoluto
<input type="checkbox"/>				
100 %	75 %	50 %	25 %	0 %



## 2. Sus síntomas

a) ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses?

		NO	SI
 2.1 Problemas con su visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 2.2 Debilidad muscular o espasmos musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 2.3 Problemas para caminar o moverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 2.4 Problemas de coordinación o equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 2.5 Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 2.6 Entumecimiento u hormigueo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 2.7 Problemas de control de esfínteres o intestinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 2.8 Problemas del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 2.9 Problemas de concentración o memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
 2.10 Cansancio o fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Para todos los síntomas en los que respondió afirmativamente en la pregunta 2 a)

b) ¿Experimentó estos síntomas durante cualquier recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

	NO	SI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Para todos los síntomas en los que respondió afirmativamente en la pregunta 2 a)

¿Los síntomas aparecieron y desaparecieron o estuvieron allí la mayor parte del tiempo?

Sintomas aparecieron y desaparecieron	Sintomas estuvieron allí la mayor parte del tiempo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d) Si los síntomas estuvieron allí la mayor parte del tiempo...

¿Mejoraron?	¿Se mantuvieron igual?	¿Empeoraron?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. ¿Cómo la EM afecta su vida?

¿Cuánto le han afectado los síntomas de EM durante los últimos 6 meses?

	En absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	No puedo hacer esto por mi EM
 <b>3.1</b> Moverse	<input type="checkbox"/>				
 <b>3.2</b> Lavarse, bañarse o vestirse	<input type="checkbox"/>				
 <b>3.3</b> Completar sus tareas diarias (por ejemplo, tareas domésticas o manejar)	<input type="checkbox"/>				
 <b>3.4</b> Hacer sus pasatiempos o actividades de ocio	<input type="checkbox"/>				
 <b>3.5</b> En el trabajo (pagado o voluntario)	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> No puedo responder la pregunta <b>3.5</b> porque yo no trabajo por razones no relacionadas con mi EM					



**3.6** Tener intimidad o practicar relaciones sexuales

En absoluto Un poco Moderadamente Mucho No puedo hacer esto por mi EM

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



**3.7** Emocionalmente (por ejemplo, sentir decaimiento, ansiedad o preocupación)

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

¿Hay algunos síntomas específicos en los que le gustaría centrarse cuando se reúna con su médico? Si es así, por favor escriba las preguntas revelantes en el siguiente cuadro:

**Referencias** 1. Doshi A and Chataway J. Multiple sclerosis, a treatable disease. Clinical Medicine (London, England) 2016; 16(6):s53-s59. 2. Dobson R and Giovannoni G. Multiple sclerosis - a review. Eur J Neurol 2019; 26(1):27-40. 3. Rae-Grant A, Day G S, Marrie R A, Rabinstein A, Cree B A C, Gronseth G S, et al. Practice guideline recommendations summary: Disease-modifying therapies for adults with multiple sclerosis. Neurology 2018; 90(17):777-88.

Para uso exclusivo del Profesional Médico | Material de uso exclusivo para el profesional de la salud.

Para mayor información lo invitamos a consultar el siguiente enlace:  
<https://www.novartis.com/candean-es/programas-de-pacientes-informacion-de-contacto>

Ó también puede escanear el QR.

