

11. Marque con una cruz la casilla que considere adecuada para cada una de las respuestas.

Creo que mi dolor es debido a:

- Sí No A. Los efectos del tratamiento (p. ej., medicación, operación, radiación, prótesis)
 Sí No B. Mi enfermedad principal (la enfermedad que actualmente se está tratando y evaluando)
 Sí No C. Una situación no relacionada con mi enfermedad principal (p. ej., artrosis)

Por favor, describa esta situación: _____

12. Para cada una de las siguientes palabras, marque con una cruz «sí» o «no» si ese adjetivo se aplica a su dolor.

- | | | | |
|-------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------------------|
| Dolorido/continuo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Mortificante (calambre) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Palpitante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Agudo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Irradiante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensible | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Punzante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Quemante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | Agotador | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fatigoso (pesado) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Entumecido (adormecido) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Penetrante | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Penoso | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Persistente | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Insoportable | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

13. Rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto el dolor le ha afectado en los siguientes aspectos de la vida, durante la última semana.

A. Actividades en general

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

B. Estado de ánimo

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

C. Capacidad de caminar

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

D. Trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

E. Relaciones con otras personas

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

F. Sueño

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

G. Disfrutar de la vida

No me ha afectado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me ha afectado por completo

14. Prefiero tomar mi medicación para el dolor:

- De forma regular
- Sólo cuando lo necesito
- No tomo medicación para el dolor

15. Tomo mi medicación para el dolor (en un período de un día):

- No todos los días
- 1 a 2 veces al día
- 3 a 4 veces al día
- 5 a 6 veces al día
- Más de 6 veces al día

16. ¿Cree que necesita una medicación más fuerte para el dolor?

- Sí
- No
- No lo sé

17. ¿Cree que debería tomar más dosis de la medicación para el dolor que le ha recetado el médico?

- Sí
- No
- No lo sé

18. ¿Está preocupado/a porque toma demasiada medicación para el dolor?

- Sí
- No
- No lo sé

Si la respuesta es «sí», ¿por qué?

19. ¿Tiene problemas con los efectos secundarios de su medicación para el dolor?

- Sí
- No

¿Qué efectos secundarios?

20. ¿Cree que necesita recibir más información sobre su medicación para el dolor?

- Sí
- No

21. Otros métodos que uso para aliviar mi dolor son (por favor, marque con una cruz todo lo que se le aplique):

- | | | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Compresas calientes <input type="checkbox"/> | Compresas frías <input type="checkbox"/> | Técnicas de relajación <input type="checkbox"/> |
| Distracción <input type="checkbox"/> | Biofeedback <input type="checkbox"/> | Hipnosis <input type="checkbox"/> |
| Otros <input type="checkbox"/> | Por favor, especifique _____ | |

22. Otras medicaciones no recetadas por mi médico y que tomo para el dolor son:

