

Centro Nº |_|_|

Paciente Nº |_|_|_|_|

Iniciales del paciente

|_|_|

Primeras 2 letras
del apellido

|_|_|

Primeras 2 letras
del nombre

Cuestionario QUALIVEEN

Cómo contestar el cuestionario:

Las siguientes preguntas tratan sobre los problemas de vejiga que usted puede tener y sobre cómo hacerles frente.

Rellene este cuestionario en un lugar tranquilo y, preferiblemente, usted solo/a. Tómese todo el tiempo que necesite. No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, elija la respuesta que mejor se adapte a su caso. Tenga en cuenta que sus respuestas se mantendrán en el más estricto anonimato y confidencialidad.

Cuando responda a las preguntas, piense en cómo orina actualmente.
Gracias por su participación.

➤ Antes de rellenar este cuestionario, escriba la fecha de hoy:

|_|_| |_|_| |_|_|
Día Mes Año

LA INFORMACIÓN RECOGIDA EN ESTE CUESTIONARIO ES ESTRICTAMENTE ANÓNIMA Y CONFIDENCIAL.

Queda expresamente prohibida la reproducción parcial de este cuestionario, aunque se permitirá su reproducción total, previa obtención de la autorización por escrito de Laboratoires Coloplast. Para obtener este permiso, contactar con el director médico de Laboratoires Coloplast,

58 rue Roger Salengro, 94126 Fontenay sous Bois Cedex (Francia), +33.1.49.74.17.10, frcd@coloplast.com. Esta escala no podrá publicarse ni utilizarse sin hacer referencia explícita a la marca QUALIVEEN. Qualiveen es una marca registrada de Coloplast A/S – DK – 3050

– Humlebaek

**SUS PROBLEMAS DE VEJIGA Y CÓMO ORINA ACTUALMENTE:
QUÉ LE MOLESTA**

Responda a todas las preguntas marcando con una X la casilla apropiada.

Le molesta/n:

		En absoluto	Ligera-mente	Moderada-mente	Bastante	Extremada-mente	No procede
1.	las pérdidas de orina durante el día	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₀
2.	las pérdidas de orina por la noche	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₀
3.	tener que llevar pañales para la incontinencia/colector de orina	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₀
4.	tener un horario establecido para orinar durante sus actividades	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₀
5.	el tiempo que pasa orinando	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₀
6.	que sus noches se interrumpan	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	
7.	cuando viaja	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₀
8.	los problemas de higiene personal cuando está fuera de casa	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	

	En general:	En absoluto	Ligera-mente	Moderada-mente	Bastante	Extremada-mente
9.	¿Sus problemas de vejiga le complican la vida?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

**SUS PROBLEMAS DE VEJIGA Y CÓMO ORINA ACTUALMENTE:
QUÉ ESTÁ LIMITADO/A U OBLIGADO/A A HACER**

Responda a todas las preguntas marcando con una X la casilla apropiada.

		Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A menudo	Siempre
10.	¿Puede salir sin planear nada de antemano?	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11.	¿Ha dejado de salir?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
12.	¿Es más dependiente de los demás, debido a sus problemas de vejiga?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
13.	¿Su vida está regulada por sus problemas de vejiga?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

¿Tiene que:

		Nunca	Rara vez	De vez en cuando	A menudo	Siempre
14.	planearlo todo?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
15.	pensar en llevarse una muda y/o pañales para la incontinencia/colectores de orina?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
16.	ponerse pañales para la incontinencia/colector de orina por precaución?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
17.	tener cuidado con la cantidad de líquido que bebe?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

**SUS PROBLEMAS DE VEJIGA Y CÓMO ORINA ACTUALMENTE:
QUÉ LE PREOCUPA**

Responda a todas las preguntas marcando con una X la casilla apropiada.

¿Le preocupa:

		En absoluto	Ligera-mente	Moderada-mente	Bastante	Extremada-mente	No procede
18	el olor a orina?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	
19	tener infecciones de orina?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	
20	que sus problemas de vejiga empeoren?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	
21	molestar a su pareja por la noche?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₀
22	tener pérdidas de orina durante las relaciones sexuales?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₀
23	cualquier efecto secundario de los fármacos que tiene que tomar?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	
24	tener problemas de piel?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	
25	tener problemas económicos debido a los gastos que implican sus problemas de vejiga?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	

**SUS PROBLEMAS DE VEJIGA Y CÓMO ORINA ACTUALMENTE:
CÓMO SE SIENTE**

Responda a todas las preguntas marcando con una X la casilla apropiada.

		En absoluto	Ligera-mente	Moderada-mente	Bastante	Extremada-mente
26	¿Se siente avergonzado/a a causa de sus problemas de vejiga?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
27	¿Siente menos autoestima a causa de sus problemas de vejiga?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
28	¿Tiene que ocultar sus problemas de vejiga?	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
29	¿Le preocupa la reacción de los demás si tiene que pasar mucho tiempo en el baño?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
30	¿Se siente preocupado/a a causa de sus problemas de vejiga?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TRATAN SOBRE CÓMO SE SIENTE EN GENERAL

Responda a todas las preguntas marcando con una X la casilla apropiada.

Siente que las cosas van...

		Muy mal	Bastante mal	Ni bien ni mal	Bastante bien	Muy bien
31.	Respecto a la actitud de la gente hacia usted y la forma en que le miran a causa de su situación/discapacidad	<input type="checkbox"/> ₋₂	<input type="checkbox"/> ₋₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₊₁	<input type="checkbox"/> ₊₂
32.	Respecto a su estado de ánimo	<input type="checkbox"/> ₋₂	<input type="checkbox"/> ₋₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₊₁	<input type="checkbox"/> ₊₂
33.	Respecto a su relación con los demás	<input type="checkbox"/> ₋₂	<input type="checkbox"/> ₋₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₊₁	<input type="checkbox"/> ₊₂
34.	Respecto a su capacidad (o dificultad) en las actividades diarias, tanto en casa (tareas domésticas, mantenimiento,...) como fuera de ella	<input type="checkbox"/> ₋₂	<input type="checkbox"/> ₋₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₊₁	<input type="checkbox"/> ₊₂
35.	Respecto a la cantidad de tiempo que necesita para hacer las cosas en general	<input type="checkbox"/> ₋₂	<input type="checkbox"/> ₋₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₊₁	<input type="checkbox"/> ₊₂
36.	Respecto a su vida sexual	<input type="checkbox"/> ₋₂	<input type="checkbox"/> ₋₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₊₁	<input type="checkbox"/> ₊₂
37.	Respecto a su capacidad (o dificultad) para relajarse	<input type="checkbox"/> ₋₂	<input type="checkbox"/> ₋₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₊₁	<input type="checkbox"/> ₊₂
38.	Respecto a su capacidad (o dificultad) para salir o moverse fuera de casa	<input type="checkbox"/> ₋₂	<input type="checkbox"/> ₋₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₊₁	<input type="checkbox"/> ₊₂
39.	Respecto a todos los gastos que comporta su estado físico	<input type="checkbox"/> ₋₂	<input type="checkbox"/> ₋₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₊₁	<input type="checkbox"/> ₊₂
40.	Respecto a cómo orina	<input type="checkbox"/> ₋₂	<input type="checkbox"/> ₋₁	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₊₁	<input type="checkbox"/> ₊₂

¿Ha rellenado este cuestionario solo/a?

₁ sí

₂ no

ACERCA DE SU LESIÓN MEDULAR

- Tiene usted: ₁ paraplejia
₂ tetraplejia
₃ síndrome de cola de caballo

- ¿Se trata de una lesión medular completa?

- ₁ sí
- ₂ no
- ₃ no lo sé

- ¿En qué año se produjo la lesión medular? |_|_|_|_|

- ¿Conoce el nivel de su lesión medular?

- ₁ sí
- ₂ no

Si la respuesta es sí, ¿cuál es? |_____|

(anote 1 letra y 1 número, p.ej.: C5-C6, D4-D5, L1-L5, S1)

- Su lesión medular es:

- ₁ de origen traumático (accidente)
- ₂ debida a esclerosis múltiple
- ₃ congénita (espina bífida,...)
- ₄ debida a otra causa (infecciones, vascular, hernia discal,...)

ACERCA DE SUS PROBLEMAS DE VEJIGA

- ¿Sigue en la actualidad algún tratamiento médico para sus problemas de vejiga?

₁ sí

₂ no

- ¿Le han operado por sus problemas de vejiga?

₁ sí

₂ no

Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces? | ____ |

- ¿Ha tenido alguna infección de orina sintomática (p.ej.: fiebre, orina turbia...) en los últimos 30 días?

₁ sí

₂ no

Si la respuesta es sí, ¿cuántas? | ____ |

- ¿Lleva protección para la incontinencia o catéter urinario?

₁ sí

₂ no

Si la respuesta es sí, es

₁ como precaución

₂ porque regularmente tiene pérdidas de orina entre las micciones

₃ porque se ha “hecho incontinente”

₄ porque es permanentemente incontinente

- Orina mediante

₁ autocateterismo

(varias repuestas posibles) ₂ cateterismo colocado por otra persona

₃ percusión

₄ presión manual o abdominal

₅ goteo continuo de orina

₆ derivación urinaria

₇ drenaje continuo (sonda permanente, sonda suprapúbica,...)

₈ otros

- ¿Ha cambiado la forma de orinar en los últimos 6 meses?

₁ sí

₂ no

- ¿Necesita que alguien le ayude a orinar?
 - ₁ sí
 - ₂ no

- Si puede vaciar la vejiga (p.ej. espontáneamente, mediante percusión, sondaje):
 - ¿Cuántas veces vacía (aunque sea parcialmente) la vejiga (espontáneamente, mediante percusión, sondaje):
 - durante el día? |_____|
 - durante la noche? |_____|
 - ¿Cuánto tiempo tarda vaciando la vejiga? L_|_| minutos
 - ¿Cuál es el intervalo de tiempo normal entre dos “vaciados de vejiga”? L_|_| horas

- ¿Tiene algún otro problema además de los problemas de vejiga? Por ejemplo:
 - depresión:
 - ₁ sí
 - ₂ no
 - problemas digestivos e intestinales:
 - ₁ sí
 - ₂ no
 - ¿Tiene incontinencia fecal?
 - ₁ sí
 - ₂ no
 - Si la respuesta es sí, ¿en qué forma?
 - ₁ gas
 - ₂ líquido
 - ₃ sólido
 - ¿Tiene que llevar pañales de incontinencia?
 - ₁ sí
 - ₂ no

- ¿Tiene estreñimiento?
 - ₁ sí
 - ₂ no

- ¿Tiene úlceras de decúbito?
 - ₁ sí
 - ₂ no

Compruebe que ha completado todo el cuestionario y envíenoslo por correo en el sobre prepagado que se adjunta

Gracias por su valiosa colaboración.