

Código del paciente: _____
Fecha de Entrevista: ____/____/____ Iniciales del Entrevistador: _____

Questionario Diario Para Todos Los Participantes:

Entrevistador: _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Direcciones: Marque una X sobre la línea la posición que escoges.

Ejemplo: -----☐-----

1. Con que frecuencia estuvo tosiendo en un promedio de 24 horas el día del ingreso al estudio?

0 1 2 3 4 5

nunca

poquito

mucho

casi siempre



2. Con que frecuencia esta tosiendo hoy, en un promedio de 24 horas?

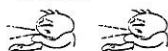
0 1 2 3 4 5

nunca

poquito

mucho

casi siempre



Direcciones: Marque una X, en el cuadrado, todas las alternativas que corresponden.

Ejemplo: ☒

3. Que indicadores utilizó para escoger a que posición poner sus X?

☐ Los números: 1, 2, 3, 4, 5

☐ Las palabras: nunca, poquito, mucho, casi siempre

☐ Las figuras:



Direcciones: Marque con X la alternativa que corresponde.

Ejemplo: ☒

4. ¿Comparado con el día que ingresó al estudio, tiene más frecuencia de tos el día de hoy?:

a. ☐ Tosiendo ahora menos

b. ☐ Tosiendo ahora igual

c. ☐ Tosiendo ahora más

5. ¿Comparado con hace tres días, tiene más frecuencia de tos el día de hoy?:

a. ☐ Tosiendo ahora menos

b. ☐ Tosiendo ahora igual

c. ☐ Tosiendo ahora más

6. El día de hoy, ¿ha tenido *solo tos*, *tos con flema* o *solo flema*?

a. ☐ Solo tos

b. ☐ Tos con flema

c. ☐ Solo flema

Questionario Diario

Estudio de Tos y Biomarcadores en pacientes con tuberculosis pulmonar activa.

January 2012

Código del paciente: _____
Fecha de Entrevista: ____/____/____ Iniciales del Entrevistador: _____

d. ☐ Ni tos ni flema

7. Si tiene tos, ¿a que hora en el día tiene más frecuencia: *mañana, tarde o noche*?

a. ☐ Mañana

b. ☐ Tarde

c. ☐ Noche

d. ☐ No tose

8. Qué tan frecuentemente tose?

a. ☐ Cada pocos segundos

b. ☐ Cada pocos minutos

c. ☐ Cada pocas horas

d. ☐ No tose

9. ¿Desde que inicio su tratamiento hasta hoy como esta su salud?

a. ☐ Sano

b. ☐ Mucho mejor

c. ☐ Poco mejor

d. ☐ Sin cambio

e. ☐ Un poco mal

f. ☐ Muy mal

g. ☐ No iniciado tratamiento

Direcciones: Marque el numero de días en total que tiene los siguientes síntomas. Marque 0 si ningún día.

10. ¿Por cuantos días de la semana pasada, tenía los siguientes síntomas (0-7)? ¿Y como siente que está evolucionando su enfermedad?

a. Tos seca	_____	Mejorando/Igual/Empeorando
b. Tos con flema	_____	Mejorando/Igual/Empeorando
c. Tos con sangre	_____	Mejorando/Igual/Empeorando
d. Fiebre	_____	Mejorando/Igual/Empeorando
e. Falta de aire	_____	Mejorando/Igual/Empeorando
f. Perdida de peso	_____	Mejorando/Igual/Empeorando
g. Cansancio o decaimiento	_____	Mejorando/Igual/Empeorando
h. Sudor nocturno	_____	Mejorando/Igual/Empeorando
i. Falta de apetito	_____	Mejorando/Igual/Empeorando
j. Salud en general	_____	Mejorando/Igual/Empeorando

Direcciones: Responde a la pregunta en el lugar indicado.

11. Actualmente, ¿como se siente? (0 = mal, 10 = bien): _____

12. Cuando tiene tos, ¿cuantas toses tiene por hora? _____

Código del paciente: _____
Fecha de Entrevista: ____/____/____ Iniciales del Entrevistador: _____

13. Preguntas sobre apetito

1. Mi apetito es...

_____→

Muy Poco	Poco	Normal	Buen apetito o con poca hambre	Muy Bueno o con mucha hambre
----------	------	--------	--------------------------------	------------------------------

2. Cuando yo como, estoy lleno después de comer...

_____→

Algunos bocados	1/3 de un plato	½ de un plato	Casi todo el plato o todo el plato	No estoy lleno después de un plato
-----------------	-----------------	---------------	------------------------------------	------------------------------------

3. El sabor de la comida es...

_____→

Muy feo	Feo o sin sabor	Normal	Rico	Muy rico
---------	-----------------	--------	------	----------

4. Habitualmente, yo como...

_____→

Menos que una comida por día	Una comida por día	Dos comidas por día	Tres comidas por día	Más que tres comidas por día
------------------------------	--------------------	---------------------	----------------------	------------------------------

14. ¿Cuándo fue la última vez que comió los alimentos? _____

15. ¿Ha faltado a tomar las dosis de medicación contra la tuberculosis? Si/No

16. Náuseas en las últimas 48 horas Si/No

17. Vómitos en las últimas 48 horas Si/No

18. Que se podría cambiar en el cuestionario para mejorarlo?