

# AE-QoL

## Cuestionario sobre la calidad de vida de pacientes que sufren de hinchazón recurrente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de llenado (DD.MM.AAAA): \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Instrucciones:** En el siguiente cuestionario encontrará una serie de preguntas. Por favor lea cada pregunta y seleccione, de las cinco posibles respuestas, la que mejor describa a usted. No demore en seleccionar su respuesta y responda a todas las preguntas, seleccionando una sola respuesta para cada pregunta, es decir marcando sólo una casilla por pregunta.

Especifique con qué frecuencia, en las <b>últimas 4 semanas</b> , las áreas de la vida cotidiana enumeradas a continuación se vieron afectadas/limitadas a causa de la hinchazón recurrente (el angioedema). (Para ello no necesariamente tiene que haberse presentado hinchazón en ese lapso de tiempo.)	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>En ocasiones</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Con mucha frecuencia</b>
<b>1. En el trabajo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Al realizar actividad física</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. En el tiempo libre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. En las relaciones sociales</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. En la alimentación</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con las siguientes preguntas quisiéramos abordar en mayor detalle las dificultades y los problemas que pudieran estar relacionados con la hinchazón recurrente (el angioedema) (Tan sólo de <b>las últimas cuatro semanas</b> ).	<b>Nunca</b>	<b>Rara vez</b>	<b>En ocasiones</b>	<b>Con frecuencia</b>	<b>Con mucha frecuencia</b>
<b>6. ¿Tiene dificultades para dormirse?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. ¿Se despierta durante la noche?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Con las siguientes preguntas quisiéramos abordar en mayor detalle las dificultades y los problemas que pudieran	Nunca	Rara vez	En ocasiones	Con frecuencia	Con mucho frecuencia
8. ¿Se siente cansado/a durante el día por no dormir bien por las noches?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Se siente abatido/deprimido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Al seleccionar alimentos o bebidas ¿debe limitar su elección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Es la hinchazón que se presenta en su cuerpo por la enfermedad una carga para usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Tiene miedo de que repentinamente pudiera presentarse una hinchazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene miedo de que se pudiera aumentar la frecuencia de la aparición de la hinchazón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Le avergüenza asistir a lugares públicos a causa de la hinchazón recurrente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿La hinchazón recurrente lo hace sentirse avergonzado o cohibido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Teme a que el tratamiento de la hinchazón recurrente pudiera tener consecuencias negativas a largo plazo para usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

This document must not be copied or used without the permission of MOXIE GmbH. For scientific or commercial use or in case a translation / cross cultural adaptation is intended, please check the terms and conditions on [www.moxie-gmbh.de](http://www.moxie-gmbh.de).