

PRO / Prepara tu próxima consulta

Este cuestionario online te ayuda a evaluar cómo te encuentras antes de tu próxima revisión; así podrás pasar más tiempo de tu consulta discutiendo los aspectos de salud y calidad de vida más importantes para ti.

Completa el cuestionario antes de tu próxima consulta, solo te llevará 10 minutos. Puedes mandar los resultados a tu médico y comentarlos con él durante tu próxima consulta.

Ventajas de realizar este cuestionario

- Identifica qué aspectos de tu salud y calidad de vida quieres tratar con tu médico
- Tanto tú como tu médico estáis mejor preparados para tu consulta.
- Reciba un mejor asesoramiento por parte de su médico.

Qué se pregunta en el cuestionario

- Sección 1: **Tu salud** (8 Preguntas)
- Sección 2: **Tu bienestar** (4 Preguntas)
- Sección 3: **Calidad de vida** (7 Preguntas)
- Sección 4: **Medicamentos y suplementos** (4 Preguntas)
- Sección 5: **Tu tratamiento actual contra el VIH** (5 Preguntas)

Lee cada pregunta, valora tus sentimientos y marca la casilla que representa mejor tu opción de respuesta.

1. TU SALUD

¿Cómo estás satisfecho/a te encuentras con tu salud?

- Muy satisfecho/a
 - Satisfecho/a
 - Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a
 - Insatisfecho/a
 - Muy insatisfecho/a
-

En el último mes, ¿cuánto dolor físico ha tenido?

- Nada
 - Muy leve
 - Leve
 - Moderado
 - Grave
 - Muy grave
-

¿Has percibido cambio de peso desde tu última cita?

- Sí
- No

¿Sufres pérdidas de memoria frecuentes (por ejemplo, te olvidas de eventos especiales, hasta de los más recientes, de citas, etc.)?

- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Con mucha frecuencia
-

¿Sientes que procesas más lento de lo normal a la hora de razonar, planificar actividades o resolver problemas?

- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Con mucha frecuencia
-

¿Te resulta difícil prestar atención (por ejemplo, durante una conversación, leyendo un libro o viendo una película)?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

¿Has recibido algún tipo de cuidado médico desde tu última consulta con el especialista de VIH (ej: Médico de familia, visita a urgencias, otros especialistas)?

- Sí
- No

En el último mes, en qué medida te has visto afectado/a por sudores nocturnos

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

En el último mes, en qué medida te has visto afectado/a por dolor de cabeza

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

En el último mes, en qué medida te has visto afectado/a por mareo

- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Con mucha frecuencia
-

En el último mes, en qué medida te has visto afectado/a por dolores musculares

- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Con mucha frecuencia
-

En el último mes, en qué medida te has visto afectado/a por pérdida de apetito

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

En el último mes, en qué medida te has visto afectado/a por náuseas o vómitos

- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Con mucha frecuencia
-

En el último mes, en qué medida te has visto afectado/a por diarrea

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

En el último mes, en qué medida te has visto afectado/a por cansancio

- Nunca
 - Raramente
 - A veces
 - Con frecuencia
 - Con mucha frecuencia
-

En el último mes, en qué medida te has visto afectado/a por alteraciones del sueño (incluyendo pesadillas)

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia

2. TU BIENESTAR

En el último mes, ¿has sufrido alguna situación de discriminación que haya afectado negativamente a tu salud o bienestar?

- Sí
- No

En el último mes, ¿has sufrido alguna situación estresante, tenido miedo o ansiedad?

- Sí
 - No
-

En las últimas dos semanas, ¿con cuánta frecuencia has sentido poco interés o placer al realizar alguna actividad?

- Nunca
 - Varios días
 - Más de la mitad de los días
 - Casi todos los días
-

En las últimas dos semanas, ¿con cuánta frecuencia has tenido sensación de tristeza, depresión o falta de esperanza?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Casi todos los días

3. CALIDAD DE VIDA

¿Cómo valorarías tu calidad de vida?

- Muy buena
 - Buena
 - Ni mala ni buena
 - Mala
 - Muy mala
-

¿Cómo es tu capacidad de movilidad?

- Muy buena
 - Buena
 - Ni mala ni buena
 - Mala
 - Muy mala
-

¿Cómo de satisfecho/a estás con tu vida sexual?

- Muy satisfecho/a
 - Satisfecho/a
 - Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a
 - Insatisfecho/a
 - Muy insatisfecho/a
-

¿Tienes una red social o familiar que te apoye emocionalmente?

- Sí
- Sí, pero no es suficiente
- No
-

¿Tienes recursos estables de acceso a comida y vivienda?

- Sí
- Sí, pero no es suficiente
- No
-

Durante el último año, ¿has sufrido algún tipo de violencia física o verbal?

- Sí
- No
-

¿Has sufrido algún cambio vital o situacional que quieras compartir?

- Sí
- No

4. MEDICAMENTOS Y SUPLEMENTOS

¿Estás tomando alguna medicación NO relacionada con el VIH de forma regular?

Sí

No

¿Te han recetado algún fármaco nuevo NO relacionado con el VIH o has recibido alguna vacuna desde tu última consulta?

Sí

No

¿Estás tomando algún fármaco sin receta, vitaminas nuevas o suplementos dietéticos?

Sí

No

¿Utilizas alguna droga (por ejemplo, marihuana/hachís, cocaína, anfetaminas)?

Nunca

Raramente

A veces

Diariamente

5. TU TRATAMIENTO ACTUAL CONTRA EL VIH

Califica tu grado de cumplimiento con la toma de todos tus medicamentos para el VIH según lo prescrito

- Nada
 - Poco
 - Razonable
 - Mucho
 - Siempre
-

¿Te has quedado alguna vez sin medicación desde tu última consulta?

- Sí
 - No
-

¿Cómo de satisfecho/a te encuentras con tu régimen de tratamiento actual contra el VIH? (Siendo 0 muy insatisfecho/a y 6 muy satisfecho/a)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

¿Cómo de satisfecho/a te encuentras con la medida en la que el tratamiento se adapta a tu estilo de vida? (Siendo 0 muy insatisfecho/a y 6 muy satisfecho/a)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

¿Cómo de satisfecho/a te sentirías continuando con tu actual tratamiento? (Siendo 0 muy insatisfecho/a y 6 muy satisfecho/a)

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6