

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA Y ALERGIA



Nombre _____
Fecha _____ Edad _____ Teléfono _____
Dirección _____ CP _____
e-mail _____

En cada actividad mencionada circule el número que mejor represente cuanta molestia ha tenido como resultado de sus síntomas en nariz y ojos durante la última semana. Use la siguiente escala.

Ninguna molestia	Casi ninguna molestia	Molestia ligera	Molestia moderada	Molestia considerable	Mucha molestia	Molestia extrema
0	1	2	3	4	5	6

SUEÑO

¿Durante la última semana cuánto le han afectado sus síntomas de nariz y ojos para dormir?

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Dificultad para conciliar el sueño | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Lo despiertan durante la noche | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Falta de un "buen sueño" durante la noche | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ESTADO GENERAL

¿Durante la última semana cuánto le han afectado los siguientes síntomas como resultado de sus molestias de nariz y ojos?

- | | | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Fatiga | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Sed | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Disminución de su productividad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Cansancio | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e) Falta de concentración | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f) Dolor de cabeza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g) Agotamiento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

PROBLEMAS PRACTICOS

¿Durante la última semana cuánto le han afectado los siguientes problemas como resultado de sus molestias de nariz y ojos?

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Inconveniencia por tener que cargar con pañuelos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Necesidad de limpiarse la nariz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Necesidad de sonarse repetidamente | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

SÍNTOMAS NASALES

¿Durante la última semana cuánta molestia ha tenido por cada uno de los siguientes síntomas?

- | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Congestión nasal | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Rinorrea (moqueo) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Estornudo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Comezón en la nariz | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

SÍNTOMAS OCULARES

¿Durante la última semana cuánta molestia ha tenido por cada uno de los siguientes síntomas?

- | | | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Comezón en los ojos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Lagrimeo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Ojos irritados | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Ojos inflamados | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ACTIVIDADES

Identifique 3 actividades que se hayan visto limitadas por sus síntomas nasales y oculares durante la última semana y señale que tanta molestia ha significado para cada un de éstas:

- | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| Actividad 1: _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Actividad 2: _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Actividad 3: _____ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

EMOCIONAL

¿Durante la última semana qué tan a menudo ha estado molesto por las siguientes emociones como resultado de sus síntomas nasales y oculares?

- | | | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| a) Frustrado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b) Impaciente o inquieto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c) Irritable | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d) Apenado | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

La siguiente información nos será de mucha utilidad para evaluar sus síntomas y ver de que forma podemos ofrecerle un tratamiento, recuerde que las manifestaciones alérgicas pueden variar según la época del año o pueden persistir constantemente.

Si ésta información le llega por correo le agradeceremos nos la regrese lo más pronto posible, ya sea por correo, fax o correo electrónico.

Gracias por su cooperación.