3. ¿Cómo afecta la EM su vida?

¿Cuánto le han afectado los síntomas de EM **durante los últimos 6 meses?**

	En absoluto	Un poco	Moderadamente	Mucho	No puedo hacer esto por mi EM
3.1 Moverse	☐	☐	☐	☐	☐
3.2 Lavarse, bañarse o vestirse	☐	☐	☐	☐	☐
3.3 Completar sus tareas diarias (por ejemplo, tareas domésticas o manejar)	☐	☐	☐	☐	☐
3.4 Hacer sus pasatiempos o actividades de ocio	☐	☐	☐	☐	☐
3.5 En el trabajo (pagado o voluntario)	☐	☐	☐	☐	☐
☐ No puedo responder la pregunta **3.5** porque yo no trabajo por razones no relacionadas con mi EM					
3.6 Tener intimidad o practicar relaciones sexuales	☐	☐	☐	☐	☐
3.7 Emocionalmente (por ejemplo, sentir decaimiento, ansiedad o preocupación)	☐	☐	☐	☐	☐

¿Hay algunos síntomas específicos en los que le gustaría centrarse cuando se reúna con su médico? Si es así, por favor escriba las preguntas revelantes en el siguiente cuadro:

www.cuidandodemi.com
Para mayor información, diríjase a Dirección Médica Novartis Farmacéutica S.A. (AC) Anillo periférico 30-31 Zona 11, Guatemala Ciudad, Centroamérica, Apartado Postal 1115 PBX (502) 2422 8606.
E-mail: medical.info.service@novartis.com. www.cac.novartis.com
CC2010275292 - Fecha de inicio: Octubre 2020
Para uso exclusivo de Novartis en Centroamérica y el Caribe

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Novartis Pharmaceuticals
Neurociencias

Esclerosis múltiple (EM)

y el aumento progresivo de la discapacidad física en el curso de la enfermedad

NOVARTIS | Reimagining Medicine

Este cuestionario le pregunta sobre su EM en los últimos 6 meses, incluyendo cualquier recaída, síntomas y el impacto en su vida cotidiana.

Esta información lo ayudará a tener una conversación con su médico enfocada en su EM y los cambios que ha experimentado durante los últimos 6 meses.

Si es posible, al completar este cuestionario, pregunte a un miembro de su familia, a su pareja o al cuidador por contribuciones y aportes.

¿Cuántos años tiene? ☐

☑ Por favor marque una casilla por pregunta para dar su respuesta

1. Su EM

1.1 ¿En los últimos 6 meses ha tenido alguna recaída (periodos de tiempo en los que sus síntomas empeoraron y luego mejoraron)?

☐ SI

☐ NO
Ir a la sección 2

1.2 De ser afirmativo, ¿cuántas recaídas?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3+

1.3 De ser afirmativo, ¿qué tan bien se recuperó de su recaída más reciente?

Completamente	Casi completamente	Parcialmente	Un poco	En absoluto
☐	☐	☐	☐	☐
100 %	75 %	50 %	25 %	0 %

2. Sus síntomas

Para todos los síntomas en los que respondió afirmativamente en la pregunta **2 a)**

Para todos los síntomas en los que respondió afirmativamente en la pregunta **2 a)**

	a) ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas **en los últimos 6 meses?**			**b)** ¿Experimentó estos síntomas durante **cualquier recaída** que tuvo en **los últimos 6 meses?**		**c)** ¿Los síntomas **aparecieron y desaparecieron** o estuvieron allí **la mayor parte del tiempo?**		**d)** Si los síntomas estuvieron allí **la mayor parte del tiempo...**		
		NO	SI	NO	SI	Síntomas aparecieron y desaparecieron	Síntomas estuvieron allí la mayor parte del tiempo	¿Mejoraron?	¿Se mantuvieron igual?	¿Empeoraron?
	2.1 Problemas con su visión	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2.2 Debilidad muscular o espasmos musculares	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2.3 Problemas para caminar o moverse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2.4 Problemas de coordinación o equilibrio	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2.5 Dolor	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2.6 Entumecimiento u hormigueo	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2.7 Problemas de control de esfínteres o intestinales	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2.8 Problemas del habla	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2.9 Problemas de concentración o memoria	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	2.10 Cansancio o fatiga	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐