

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:

Novartis Pharmaceuticals
Neurociencias



Esclerosis múltiple (EM)
y el aumento progresivo de la discapacidad física en el curso de la enfermedad

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

a) ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 6 meses?

	NO	SI
 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	☐	☐

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

b) ¿Experimentó estos síntomas durante cualquier recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

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

c) ¿Los síntomas **aparecieron y desaparecieron o estuvieron allí la **mayor parte del tiempo**?**

[illegible]

d) Si los síntomas estuvieron allí la mayor parte del tiempo...

[illegible]