Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 26/04/2024. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Anexo 2. Cuestionario telefónico para estudio de la sospecha por el reumatólogo

Código de identificación del sujeto ☐

Fecha de la entrevista telefónica: (dd/mm/aaaa) __ __/__ __/__ __ __ __

Sospecha de fibromialgia. Cuestionario telefónico

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (*decir la fecha de la entrevista hecha por el call center*), usted siente dolor en la mayor parte de su cuerpo desde hace al menos 3 meses. ¿Es así? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:
2. ¿Tiene dolor en hombros, brazos o manos? ☐ Sí ☐ No
3. ¿De qué lado? ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos
4. ¿Tiene dolor en las caderas, las piernas o en los pies? ☐ Sí ☐ No
5. ¿De qué lado? ☐ Derecho ☐ Izquierdo ☐ Ambos
6. ¿Tiene dolor en el cuello, en el pecho o en la espalda? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Qué puntuación le daría a su dolor en una escala de 0 a 10, si 0 es no dolor y 10 es el máximo dolor imaginable?

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. ¿Le duele porque ha tenido algún accidente, traumatismo o golpe? ☐ Sí ☐ No

   Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:
9. Resultado del cribado de fibromialgia ☐ Positivo ☐ Negativo
10. ¿Mantiene usted la sospecha de fibromialgia? ☐ Sí ☐ No
11. Motivo de la sospecha negativa (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

Sospecha de artrosis de columna cervical. Cuestionario telefónico

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (*decir la fecha de la entrevista hecha por el call center*), tiene o ha tenido dolor en el cuello (o dolor cervical/de cervicales), sin que haya sido por un golpe/caída o sobresfuerzo. ¿Es así? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:
2. ¿Ha durado ese dolor 3 o más meses seguidos, aunque el dolor no sea fijo / tenga altibajos? ☐ Sí ☐ No

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 26/04/2024. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Si respuesta afirmativa a la pregunta 2, continuar preguntando:

3. ¿Empeora al mover el cuello o girar la cabeza? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a las preguntas 2 y 3, continuar preguntando:

4. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar ese dolor? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 4, continuar preguntando:

5. ¿Recuerda el resultado de esa radiografía?
   ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

6. Resultado del cribado de artrosis cervical ☐ Positivo ☐ Negativo
7. ¿Mantiene usted la sospecha de artrosis de columna cervical? ☐ Sí ☐ No
   Motivo de la sospecha negativa (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

Sospecha de artrosis de columna lumbar. Cuestionario telefónico

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (*decir la fecha de la entrevista hecha por el call center*), tiene o ha tenido dolor en la parte baja de la espalda/cintura/espalda a la altura de los riñones/en la zona lumbar/en las lumbares/lumbago o lumbalgia, sin que haya sido por un golpe/caída o sobresfuerzo. ¿Es así? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:

2. ¿Ha durado ese dolor 3 o más meses seguidos, aunque el dolor no sea fijo / tenga altibajos?
   ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 2, continuar preguntando:

3. ¿Empeora al coger peso o hacer esfuerzos? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a las preguntas 2 y 3, continuar preguntando:

4. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar ese dolor? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 4, continuar preguntando:

5. ¿Recuerda el resultado de esa radiografía?
   ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

6. Resultado del cribado de artrosis de columna lumbar ☐ Positivo ☐ Negativo
7. ¿Mantiene usted la sospecha de artrosis de columna lumbar? ☐ Sí ☐ No
8. Motivo de la sospecha negativa (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

Sospecha de lumbalgia inflamatoria. Cuestionario telefónico

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (decir la fecha de la entrevista hecha por el call center), tiene o ha tenido dolor en la parte baja de la espalda/cintura/espalda a la altura de

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 26/04/2024. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

los riñones/en la zona lumbar/en las lumbares/lumbago o lumbalgia, sin que haya sido por un golpe / caída o sobresfuerzo. ¿Es así? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:

2. ¿Ha durado ese dolor 3 o más meses seguidos, aunque el dolor no sea fijo / tenga altibajos? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 2, continuar preguntando:

3. ¿Mejora con la actividad física y el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Mejora con el reposo? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Le despierta el dolor por la noche? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Empezó antes de los 45 años? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Le ha dicho su médico que tiene o ha tenido:
   a. Psoriasis ☐ Sí ☐ No
   b. Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn) ☐ Sí ☐ No
   c. Uveítis (posible aclaración para el sujeto: ponerse el ojo rojo que haya tenido que ir al oculista y que no fuese por infección) ☐ Sí ☐ No
8. A algún familiar cercano (abuelos, padres, hermanos o hijos) le han diagnosticado:
   a. Espondilitis anquilosante ☐ Sí ☐ No
   b. Psoriasis ☐ Sí ☐ No
   c. Enfermedad inflamatoria intestinal/colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn ☐ Sí ☐ No

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

9. Resultado del cribado de lumbalgia inflamatoria ☐ Positivo ☐ Negativo
10. ¿Mantiene usted la sospecha de lumbalgia inflamatoria? ☐ Sí ☐ No
11. Motivo de la sospecha negativa (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

Sospecha Artritis o Artrosis Periférica (mano, cadera o rodilla). Cuestionario telefónico

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (*decir la fecha de la entrevista hecha por el call center*), usted tiene o ha tenido dolor en (*decir la localización por el cuestionario del call center*), sin que haya recibido golpe/caída o sobreesfuerzo. ¿Es así?
   ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:

2. ¿Le ha durado el dolor más de 4 semanas seguidas? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 2, continuar preguntando:

3. Localización:
   Mano ☐ Sí ☐ No
   Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda
   Cadera ☐ Sí ☐ No
   Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda
   Rodilla ☐ Sí ☐ No
   Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 26/04/2024. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Tobillo ☐ Sí ☐ No
Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda
Pie ☐ Sí ☐ No
Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda

4. ¿Ha tendido inflamación/hinchazón de forma mantenida en (*decir la localización afectada*) más de 4 semanas? ☐ Sí ☐ No

5. El dolor de cadera/ingle, ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras? ☐ Sí ☐ No

ó

6. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Mejora el dolor de cadera/ingle con el reposo? ☐ Sí ☐ No

8. El dolor de rodilla(s), ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras? ☐ Sí ☐ No

ó

9. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Mejora el dolor de rodilla(s) con el reposo? ☐ Sí ☐ No

11. El dolor de tobillo, ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras? ☐ Sí ☐ No

ó

12. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Mejora el dolor de tobillo con el reposo? ☐ Sí ☐ No

14. El dolor de pie, ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras? ☐ Sí ☐ No

ó

15. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
16. ¿Mejora el dolor de pie con el reposo? ☐ Sí ☐ No

17. El dolor de mano(s), ¿empeora al usar las manos/mover los dedos? ☐ Sí ☐ No

ó

18. ¿mejora al usar las manos/mover los dedos? ☐ Sí ☐ No
19. ¿Mejora el dolor de mano(s) con el reposo? ☐ Sí ☐ No

20. ¿Le ocurre que por la mañana no puede mover la zona(s) afectada(s) o la(s) encuentra rígida(s)? ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 20, preguntar:

21. ¿Durante más de media hora? ☐ Sí ☐ No

Sí pregunta 5, 8 o 17 son SÍ y el sujeto tiene 40 o más años, responder a las preguntas 22 a 27 según corresponda por la localización

22. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar el dolor de cadera(s)/ingle(s)? ☐ Sí ☐ No
23. ¿Recuerda el resultado? ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

24. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar el dolor de rodilla(s)? ☐ Sí ☐ No
25. ¿Recuerda el resultado? ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

26. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar dolor de mano(s)? ☐ Sí ☐ No
27. ¿Recuerda el resultado? ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

28. Resultado cribado artritis ☐ Positivo ☐ Negativo
29. Resultado cribado artrosis ☐ Positivo ☐ Negativo

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 26/04/2024. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

30. ¿Sospecha usted que el sujeto tiene artritis? ☐ Sí ☐ No
31. ¿Sospecha usted que el sujeto tiene artrosis? ☐ Sí ☐ No

32. Motivo de la sospecha negativa de artritis (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):
33. Motivo de la sospecha negativa de artrosis (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

Sospecha de artritis psoriásica (lumbalgia inflamatoria). Cuestionario telefónico

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (decir la fecha de la entrevista hecha por el call center), tiene o ha tenido dolor en la parte baja de la espalda/cintura/espalda a la altura de los riñones/en la zona lumbar/en las lumbares/lumbago o lumbalgia, sin que haya sido por un golpe / caída o sobresfuerzo. ¿Es así? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:
2. ¿Ha durado ese dolor 3 o más meses seguidos, aunque el dolor no sea fijo / tenga altibajos? ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 2, continuar preguntando:
3. ¿Mejora con la actividad física y el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Mejora con el reposo? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Le despierta el dolor por la noche? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Empezó antes de los 45 años? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Le ha dicho su médico que tiene o ha tenido:
   - ☐ Psoriasis
   - ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn)
   - ☐ Uveítis (posible aclaración para el sujeto: ponerse el ojo rojo y doloroso que haya tenido que ir al oculista y que no fuese por infección)
   - ☐ Ninguna de las anteriores
8. A algún familiar cercano (abuelos, padres, hermanos o hijos) le han diagnosticado:
   - ☐ Psoriasis
   - ☐ Espondilitis anquilosante
   - ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal/colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn
   - ☐ Ninguna de las anteriores

   Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:
9. Resultado del cribado de artritis psoriásica ☐ Positivo ☐ Negativo
10. ¿Mantiene usted la sospecha de artritis psoriásica? ☐ Sí ☐ No

11. Motivo de la sospecha negativa (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

Si <u>NO</u> se mantiene la sospecha de artritis psoriásica:

¿Existe sospecha de lumbalgia inflamatoria?

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 26/04/2024. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

Sospecha de artritis psoriásica (artritis). Cuestionario telefónico.

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (*decir la fecha de la entrevista hecha por el call center*), usted tiene o ha tenido dolor en (*decir la localización por el cuestionario del call center*), sin que haya recibido golpe/caída o sobreesfuerzo. ¿Es así?
   ☐ Sí ☐ No
   Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:
2. ¿Le ha durado el dolor más de 4 semanas seguidas? ☐ Sí ☐ No
   Si respuesta afirmativa a la pregunta 2, continuar preguntando:
3. Localización:
   Mano ☐ Sí ☐ No
   Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda
   Cadera ☐ Sí ☐ No
   Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda
   Rodilla ☐ Sí ☐ No
   Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda
   Tobillo ☐ Sí ☐ No
   Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda
   Pie ☐ Sí ☐ No
   Lateralidad ☐ Ambas ☐ Derecha ☐ Izquierda
4. ¿Ha tendido inflamación/hinchazón de forma mantenida en (*decir la localización afectada*) más de 4 semanas? ☐ Sí ☐ No
5. El dolor de cadera/ingle, ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras?
   ☐ Sí ☐ No
   ó
6. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Mejora el dolor de cadera/ingle con el reposo? ☐ Sí ☐ No
8. El dolor de rodilla(s), ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras?
   ☐ Sí ☐ No
   ó
9. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Mejora el dolor de rodilla(s) con el reposo? ☐ Sí ☐ No
11. El dolor de tobillo, ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras?
    ☐ Sí ☐ No
    ó
12. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Mejora el dolor de tobillo con el reposo? ☐ Sí ☐ No
14. ¿El dolor de pie ¿empeora con el esfuerzo, al caminar o subir/bajar escaleras?
    ☐ Sí ☐ No
    ó
15. ¿mejora con la actividad física/el ejercicio? ☐ Sí ☐ No
16. ¿Mejora el dolor de pie con el reposo? ☐ Sí ☐ No
17. El dolor de mano(s), ¿empeora al usar las manos/mover los dedos? ☐ Sí ☐ No
    ó

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 26/04/2024. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

18. ¿mejora al usar las manos/mover los dedos? ☐ Sí ☐ No
19. ¿Mejora el dolor de mano(s) con el reposo? ☐ Sí ☐ No
20. ¿Le ocurre que por la mañana no puede mover la zona(s) afectada(s) o la(s) encuentra rígida(s)? ☐ Sí ☐ No
    Si respuesta afirmativa a la pregunta 20, preguntar:
21. ¿Durante más de media hora? ☐ Sí ☐ No

Sí pregunta 5, 8 o 17 son SÍ y el sujeto tiene 40 o más años, responder a las preguntas 22 a 27 según corresponda por la localización

22. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar el dolor de cadera(s)/ingle(s)? ☐ Sí ☐ No
23. ¿Recuerda el resultado? ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda
24. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar el dolor de rodilla(s)? ☐ Sí ☐ No
25. ¿Recuerda el resultado? ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda
26. ¿Le han hecho una radiografía para estudiar dolor de mano(s)? ☐ Sí ☐ No
27. ¿Recuerda el resultado? ☐ Normal ☐ Con alteraciones ☐ No recuerda

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

28. Resultado cribado artritis ☐ Positivo ☐ Negativo
29. Resultado cribado artrosis ☐ Positivo ☐ Negativo
30. ¿Sospecha usted que el sujeto tiene artritis? ☐ Sí ☐ No
31. ¿Sospecha usted que el sujeto tiene artrosis? ☐ Sí ☐ No
32. Motivo de la sospecha negativa de artritis (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):
33. Motivo de la sospecha negativa de artrosis (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

Si hay sospecha de artritis, continuar preguntando:

34. ¿Le ha dicho su médico que tiene o ha tenido psoriasis? ☐ Sí ☐ No
35. ¿A algún familiar cercano (abuelos, padres, hermanos o hijos) le han diagnosticado psoriasis? ☐ Sí ☐ No

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

36. ¿Mantiene usted la sospecha de artritis psoriásica? ☐ Sí ☐ No

Sospecha de artritis psoriásica (entesitis). Cuestionario telefónico

1. ¿Le duele o le ha dolido el talón, o lo ha notado hinchado (sin que haya sido por un golpe o sobresfuerzo)?
   ☐ Sí ☐ No

Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:

2. ¿Le ha dicho su médico que tiene o ha tenido psoriasis? ☐ Sí ☐ No
3. ¿A algún familiar cercano (abuelos, padres, hermanos o hijos) le han diagnosticado psoriasis? ☐ Sí ☐ No

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 26/04/2024. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

4. ¿Se mantiene la sospecha de artritis psoriásica? ☐ Sí ☐ No

Sospecha de gota. Cuestionario telefónico

1. De acuerdo con el cuestionario realizado en (*fecha de la entrevista hecha por el call center*), usted en alguna ocasión ha tenido dolor e hinchazón de una o dos articulaciones que ha cedido completamente en 1-2 semanas / dolor e hinchazón del dedo gordo del pie que ha cedido completamente en 1-2 semanas (*preguntar una u otra en función de la respuesta dada en el cuestionario del call center)*. ¿Es así?
   ☐ Sí ☐ No

   Si respuesta afirmativa a la pregunta 1, continuar preguntando:
2. Durante ese episodio de dolor, ¿estaba la zona afectada enrojecida? ☐ Sí ☐ No
3. Durante ese episodio de dolor, ¿sentía que no podía aguantar el contacto o la presión sobre la zona afectada? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Le han dicho que tiene el ácido úrico alto o problemas con el ácido úrico? ☐ Sí ☐ No

   Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:
5. Resultado del cribado de gota ☐ Positivo ☐ Negativo
6. ¿Mantiene usted la sospecha de gota? ☐ Sí ☐ No
7. Motivo de la sospecha negativa (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

Sospecha de síndrome de Sjögren. Cuestionario telefónico

1. ¿Tiene sequedad en los ojos que le moleste a diario? ☐ Sí ☐ No
   a. ¿Desde hace más de 3 meses? *(preguntar en caso de Sí en pregunta 1)* ☐ Sí ☐ No
2. ¿Tiene sensación de arenilla o tierra en los ojos de forma repetida? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Usa lágrimas artificiales más de 3 veces al día? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Nota la boca seca a diario? ☐ Sí ☐ No
   b. ¿Desde hace más de 3 meses? *(preguntar en caso de Sí en pregunta 4)* ☐ Sí ☐ No
5. Durante las comidas, ¿bebe con frecuencia para ayudarse a tragar? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Ha tenido siendo adulto hinchazón de las parótidas/hinchazón como la de las paperas de forma mantenida o repetida? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Toma alguna medicación que pueda producir sequedad: tratamiento de la HTA, alergia, depresión/ansiedad/otra enfermedad psiquiátrica? ☐ Sí ☐ No

   Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:
8. Resultado del cribado de S. de Sjögren ☐ Positivo ☐ Negativo
9. ¿Mantiene usted la sospecha de S. de Sjögren? ☐ Sí ☐ No

Document downloaded from http://www.elsevier.es, day 26/04/2024. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

10. Motivo de la sospecha negativa (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado de acuerdo a los criterios definidos por el comité científico es positivo):

Sospecha de lupus eritematoso sistémico. Cuestionario telefónico

1. ¿Alguna vez ha tenido artritis durante más de 3 meses? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Se le ponen con el frío los dedos blancos, con hormigueo y dolorosos? ☐ Sí ☐ No
3. ¿Ha tenido alguna vez llagas en la boca durante más de 2 semanas seguidas? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Le han dicho alguna vez que tuviera Ud. las células de la sangre bajas (anemia, leucocitos bajos, plaquetas bajas)? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Le ha salido alguna vez una erupción rosada y abultada en las mejillas que le haya durado más de 1 mes? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Le sale un sarpullido en la piel después de estar al sol (y no como en una quemadura por sol normal)? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Le ha resultado alguna vez doloroso respirar profundamente y le ha durado esta sensación más de unos pocos días? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Le han dicho alguna vez que tuviera proteínas en la orina? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Se le ha caído el pelo con rapidez y en grandes cantidades alguna vez? ☐ Sí ☐ No
10. ¿Ha tenido alguna vez una convulsión o ataque epiléptico? ☐ Sí ☐ No

Teniendo en cuenta las respuestas anteriores:

11. Resultado del cribado de Lupus eritematoso sistémico ☐ Positivo ☐ Negativo
12. ¿Mantiene usted la sospecha de Lupus eritematoso sistémico? ☐ Sí ☐ No
13. Motivo de la sospecha negativa (indicar en caso de que se decida no mantener la sospecha cuando el resultado del cribado es positivo):