

ElI-Control

Cuestionario para el control de la enfermedad inflamatoria intestinal

1. ¿Usted considera que...

a. su ElI ha estado bien controlada en las últimas dos semanas?

Sí No No estoy seguro

b. su tratamiento actual es útil para controlar su ElI?

Sí No No estoy seguro

Si no está tomando ningún tratamiento, marque esta casilla

2. Durante las últimas dos semanas, sus síntomas intestinales, ¿han mejorado, han empeorado o no han sufrido ningún cambio?

Mejor Sin cambios Peor

3. En las últimas dos semanas, usted....

a. ha dejado de hacer alguna actividad planeada por culpa de su ElI?
(por ej. acudir al trabajo, asistir a sus clases, actos sociales...)

Sí No No estoy seguro

b. se ha despertado por la noche por sus síntomas de ElI?

Sí No No estoy seguro

c. ha sufrido un dolor o malestar significativo?

Sí No No estoy seguro

d. se ha sentido a menudo fatigado o sin fuerzas?
(por a menudo, nos referimos a más de la mitad del tiempo)

Sí No No estoy seguro

e. se ha sentido ansioso o deprimido como consecuencia de su ElI?

Sí No No estoy seguro

f. ha creído que necesitaba un cambio en su tratamiento?

Sí No No estoy seguro

4. En su próxima visita al médico, ¿qué temas le gustaría tratar?

a. tipos de medicamentos alternativos para controlar la ElI

Sí No No estoy seguro

b. formas de ajustar su propio tratamiento

Sí No No estoy seguro

c. efectos secundarios asociados con el uso de sus medicamentos

Sí No No estoy seguro

d. nuevos síntomas que han aparecido desde su última visita

Sí No No estoy seguro

5. Finalmente, ¿cómo valoraría usted el control global de su ElI durante las últimas dos semanas?

Utilice la siguiente escala de 0 (peor control posible) a 100 (mejor control posible) señalando con una línea vertical en la puntuación que corresponda

