

# EII-Control

## Cuestionario para el control de la enfermedad inflamatoria intestinal

### 1. ¿Usted considera que...

- |   | Sí                       | No                       | No estoy seguro          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. su EII ha estado bien controlada en las últimas dos semanas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. su tratamiento actual es útil para controlar su EII?         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- |   | Sí                       | No                       | No estoy seguro          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ha dejado de hacer alguna actividad planeada por culpa de su EII?<br><i>(por ej. acudir al trabajo, asistir a sus clases, actos sociales...)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. se ha despertado por la noche por sus síntomas de EII?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ha sufrido un dolor o malestar significativo?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. se ha sentido a menudo fatigado o sin fuerzas?<br><i>(por a menudo, nos referimos a más de la mitad del tiempo)</i>                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. se ha sentido ansioso o deprimido como consecuencia de su EII?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ha creído que necesitaba un cambio en su tratamiento?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- |   | Sí                       | No                       | No estoy seguro          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. tipos de medicamentos alternativos para controlar la EII     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. formas de ajustar su propio tratamiento                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. efectos secundarios asociados con el uso de sus medicamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. nuevos síntomas que han aparecido desde su última visita     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 5. Finalmente, ¿cómo valoraría usted el control global de su EII 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

