

# TU CUESTIONARIO DE LA EM



Este cuestionario contiene preguntas que tratan sobre tu EM en los últimos 6 meses, incluyendo información sobre brotes, tus síntomas y su impacto en tu vida diaria. Esta información te ayudará a tener una conversación más fluida con tu profesional sanitario sobre tu EM y cualquier cambio que hayas experimentado en los últimos 6 meses. Es recomendable que cuentes con la ayuda y opinión de un miembro de tu familia, tu pareja o tu cuidador cuando completes el cuestionario.

¿QUÉ EDAD TIENES? \_\_\_\_\_

## 1. TU EM

**1.1** En los últimos 6 meses, ¿has tenido algún brote (periodo de tiempo en los que tus síntomas empeoraron y después volvieron a mejorar)?

Sí

No

**1.2** Si has tenido brotes, ¿cuántos han sido?

1

2

3+

**1.3** Si has tenido brotes, ¿cómo te has recuperado de tu brote más reciente?

Por completo  
(100%)

Casi por completo  
(75%)

Parcialmente  
(50%)

Un poco  
(25%)

Nada  
(0%)



### 3. CÓMO IMPACTA LA EM EN TU VIDA

¿Cuánto te han afectado tus síntomas de EM en los últimos 6 meses?

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	No puedo hacer esto debido a mi EM
<b>3.1</b> Moverse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.2</b> Lavarse, bañarse y vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.3</b> Hacer tareas del día a día (ej., tareas del hogar, conducir)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.4</b> Participar en hobbies y actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.5</b> Trabajar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No trabajo por causas no relacionadas con mi EM				<input type="checkbox"/>
<b>3.6</b> Tener relaciones íntimas/sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.7</b> A nivel emocional (ej., sentimiento de desánimo, ansiedad, preocupación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Completó el cuestionario por su cuenta o con la ayuda de algún miembro de la familia, pareja o cuidador?

Completamente solo
  Completado con la ayuda de la familia, pareja o cuidador

Por favor, háganos saber su opinión sobre esta declaración: «El cuestionario de su EM fue fácil de completar».

Totalmente de acuerdo
  Concordar
 Discrepar
 Totalmente en desacuerdo

¿Hay algún síntoma en concreto sobre el que te gustaría centrarte cuando hables con tu profesional sanitario? Si es así, por favor rodea con un círculo el número del síntoma o escribe en el recuadro de abajo el número que le corresponda.