

Completa el siguiente formulario y preséntalo a tu doctor, te ayudará a llevar un registro de la evolución de tu Esclerosis Múltiple y la progresión de sus recaídas.

Ingresar tu nombre

Ingresar tu edad

Fecha del formulario

--	--	--

01

**Sobre las recaídas**

**En los últimos 6 meses, ¿ha tenido alguna recaída?**

(períodos de tiempo en los que sus síntomas empeoraron y luego mejoró?)

SI

NO

¿Cuántas recaídas?

1

2

3+

¿Qué tan bien se recuperó de su recaída más reciente?

100%

75%

50%

25%

0%

02

**Problemas de visión**

**¿Ha tenido problemas de visión en los últimos 6 meses?**

SI

NO

¿Experimentó problemas con su visión durante alguna recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

SI

NO

¿Los problemas con su visión iban y venían o estaban ahí la mayor parte del tiempo?

Síntomas van y vienen

Los síntomas son permanentes

¿Los problemas con su visión mejoraron, permanecieron igual o empeoraron?

Mejoran

Empeoran

Se mantienen

03

**Debilidad muscular o espasmos musculares**

**¿Ha experimentado debilidad muscular o espasmos musculares en los últimos 6 meses?**

SI

NO

¿Experimentó debilidad muscular o espasmos musculares durante alguna recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

SI

NO

¿La debilidad muscular o los espasmos musculares iban y venían o estaban ahí la mayor parte del tiempo?

Síntomas van y vienen

Los síntomas son permanentes

¿La debilidad muscular o los espasmos musculares mejoraron, se mantuvieron igual o empeoraron?

Mejoran

Empeoran

Se mantienen

04

**Problemas para caminar y moverse**

**¿Ha tenido problemas para caminar y moverse en los últimos 6 meses?**

SI

NO

¿Experimentó problemas para caminar y moverse durante alguna recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

SI

NO

¿Los problemas para caminar y moverse iban y venían o estaban allí la mayor parte del tiempo?

Síntomas van y vienen

Los síntomas son permanentes

¿Los problemas para caminar y moverse mejoraron, se mantuvieron igual o empeoraron?

Mejoran

Empeoran

Se mantienen

05

**Problemas con mareos y equilibrio**

**¿Ha tenido problemas con mareos y equilibrio en los últimos 6 meses?**

SI

NO

¿Experimentó problemas con mareos y equilibrio durante alguna recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

SI

NO

¿Los problemas con los mareos y el equilibrio iban y venían o estaban ahí la mayor parte del tiempo?

Síntomas van y vienen

Los síntomas son permanentes

¿Los problemas con los mareos y el equilibrio mejoraron, se mantuvieron igual o empeoraron?

Mejoran

Empeoran

Se mantienen

06

**Dolor**

**¿Ha experimentado dolor en los últimos 6 meses?**

SI

NO

¿Experimentó dolor durante alguna recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

SI

NO

¿El dolor iba y venía o estaba allí la mayor parte del tiempo?

Síntomas van y vienen

Los síntomas son permanentes

¿El dolor mejoró, se mantuvo igual o empeoró?

Mejoran

Empeoran

Se mantienen

07

**Entumecimiento u hormigueo**

**¿Ha experimentado entumecimiento u hormigueo en los últimos 6 meses?**

SI

NO

¿Experimentó entumecimiento u hormigueo durante alguna recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

SI

NO

Did numbness or tingling come and go or were they there most of the time?

Síntomas van y vienen

Los síntomas son permanentes

¿El entumecimiento u hormigueo mejoró, se mantuvo igual o empeoró?

Mejoran

Empeoran

Se mantienen

08

**Control de la vejiga o problemas intestinales****¿Ha tenido problemas de control de la vejiga o del intestino en los últimos 6 meses?**

SI

NO

¿Experimentó problemas de control de la vejiga o del intestino durante alguna recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

SI

NO

¿El control de la vejiga o los problemas intestinales iban y venían o estaban ahí la mayor parte del tiempo?

Síntomas van y vienen

Los síntomas son permanentes

¿El control de la vejiga o los problemas intestinales mejoraron, se mantuvieron igual o empeoraron?

Mejoran

Empeoran

Se mantienen

09

**Problemas con tu habla****¿Ha tenido problemas con su habla en los últimos 6 meses?**

SI

NO

¿Experimentó problemas con su habla durante alguna recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

SI

NO

¿Los problemas con su habla iban y venían o estaban ahí la mayor parte del tiempo?

Síntomas van y vienen

Los síntomas son permanentes

¿Los problemas con su habla mejoraron, permanecieron igual o empeoraron?

Mejoran

Empeoran

Se mantienen

10

**Problemas para concentrarse o recordar cosas****¿Ha tenido problemas para concentrarse o recordar cosas en los últimos 6 meses?**

SI

NO

¿Experimentó problemas para concentrarse o recordar cosas durante alguna recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

SI

NO

¿Los problemas para concentrarse o recordar cosas iban y venían o estaban ahí la mayor parte del tiempo?

Síntomas van y vienen

Los síntomas son permanentes

¿Los problemas para concentrarse o recordar cosas mejoraron, permanecieron igual o empeoraron?

Mejoran

Empeoran

Se mantienen

11

**Sentirse cansado o fatigado****¿Se ha sentido cansado o fatigado en los últimos 6 meses?**

SI

NO

¿Se sintió cansado o fatigado durante alguna recaída que tuvo en los últimos 6 meses?

SI

NO

Did feeling tired or fatigued come and go or were they there most of the time?

Síntomas van y vienen

Los síntomas son permanentes

¿La sensación de cansancio o fatiga mejoró, se mantuvo igual o empeoró?

Mejoran

Empeoran

Se mantienen

12

Cómo impacta la EM en su vida

¿Cuánto le han afectado sus síntomas de EM durante los últimos 6 meses?

Moverse

Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	No puedo hacer esto por mi EM
-----------	---------	---------------	-------	-------------------------------

Lavarse, bañarse y vestirse

Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	No puedo hacer esto por mi EM
-----------	---------	---------------	-------	-------------------------------

Completar tareas diarias (por ejemplo, tareas domésticas o conducir)

Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	No puedo hacer esto por mi EM
-----------	---------	---------------	-------	-------------------------------

Hacer pasatiempos y actividades de ocio.

Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	No puedo hacer esto por mi EM
-----------	---------	---------------	-------	-------------------------------

En el trabajo (remunerado o voluntario)

Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	No puedo hacer esto por mi EM
-----------	---------	---------------	-------	-------------------------------

Intimar o tener relaciones sexuales

Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	No puedo hacer esto por mi EM
-----------	---------	---------------	-------	-------------------------------

Emocionalmente (por ejemplo, sentirse deprimido, ansioso o preocupado)

Para nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	No puedo hacer esto por mi EM
-----------	---------	---------------	-------	-------------------------------

¿Hay algún síntoma específico en el que le gustaría concentrarse cuando se reúna con su médico? Si es así, marque con un círculo o marque los números de las preguntas relevantes en este cuestionario, o escriba los números de las preguntas relevantes en el cuadro a continuación. (Opcional)

--

13

¿Le ayudó algún familiar, pareja o cuidador a completar este cuestionario?

SI

NO