

*Plataforma Interdisciplinaria para el Estudio de
Lesiones cutáneas graves en Red*

PIELenRed

PIELenRed

Cuaderno de recogida de datos (CRD) – 1 año

Seguimiento a 1 año

Síndrome DRESS

PIELenRed
Cuaderno de recogida de datos (CRD) – DRESS 1 año

Entrevista n°

--	--	--

DATOS GENERALES

Código del paciente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Por favor, indique la de fecha de 1 año de seguimiento

--	--	--	--	--	--

Hace un año, fue hospitalizado por Sd DRESS, durante la hospitalización su médico

(nombre)

fue a visitarle. Usted accedió a participar en un seguimiento a largo plazo. Gracias por responder al siguiente cuestionario. ¡Gracias por su ayuda!. Por favor, no dude en ponerse en contacto con nosotros para dudas, preguntas y para ayudarlo a completarlo (nuestro n° de teléfono es:)

1) Trabajaba antes de la reacción adversa cutánea grave (RACG), incluyendo estudios?

No Sí

En caso afirmativo, ¿ha reanudado su trabajo?

No Sí

En caso afirmativo, ¿cuándo?

Fecha

Parcialmente

Totalmente

Si ha elegido no, ¿por qué no?

2) En términos generales, ha reanudado sus actividades diarias?

No Sí

En caso afirmativo,

Parcialmente

Fecha

Completamente

Fecha

3) ¿Ha tenido alguno de estos síntomas cómo consecuencia del Síndrome de DRESS?

Piel:

	No	Sí		No	Sí
Disminución de la coloración de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, todavía persiste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento en la coloración de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, todavía persiste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si sí, todavía persiste:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otros problemas de piel o mucosas?

No	Sí	No	Sí
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo,

Por favor, especifique: _____ todavía persiste No Sí

En caso afirmativo,

Por favor, especifique: _____ todavía persiste No Sí

¿ En qué medida su problema de piel afecta a su vida cotidiana? por favor, marque uno de los siguientes:

nada / levemente / moderadamente / bastante / mucho

Problemas de salud:

- En la visita de seguimiento de las 8 semanas

¿persistían sus síntomas/signos de:(para ser completado por el investigador)

<hr/>		
Todavía presente <input type="checkbox"/>	curado <input type="checkbox"/>	día de curación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<hr/>		
Todavía presente <input type="checkbox"/>	curado <input type="checkbox"/>	día de curación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<hr/>		
Todavía presente <input type="checkbox"/>	curado <input type="checkbox"/>	día de curación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<hr/>		
Todavía presente <input type="checkbox"/>	curado <input type="checkbox"/>	día de curación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Otros problemas orgánicos de salud:

No

Sí

En caso afirmativo

no

yes

Por favor especifique: _____

Todavía presente:

En caso afirmativo

no

yes

Por favor especifique: _____

Todavía presente:

¿En qué medida su problema de salud orgánica afecta a su vida cotidiana? por favor, marque uno de los siguientes:

nada / levemente / moderadamente / bastante / mucho

-Función hepática

En caso afirmativo: Normal Anormal

Si alteraciones, por favor especifique: _____

-Función renal No Sí Desconocido

En caso afirmativo: Normal Anormal

Si alteraciones, por favor especifique: _____

-Otros datos del hemograma No Sí Desconocido

En caso afirmativo: Normal Anormal

Si alteraciones, por favor especifique: _____

-Radiología (Rx, Scanner, resonancia) No Sí Desconocido

En caso afirmativo: Normal Anormal

Si alteraciones, por favor especifique: _____

-Otras pruebas No Sí Desconocido

En caso afirmativo: Normal Anormal

Si alteraciones, por favor especifique: _____

En caso afirmativo: Normal Anormal

Si alteraciones, por favor especifique: _____

5) Algún médico ha sugerido que tiene alteraciones en la función del tiroides?

No

Sí

6) ¿Ha notado la aparición o el empeoramiento de cualquiera de lo siguiente después del Síndrome de hipersensibilidad con eosinofilia y afectación sistémica (DRESS)?

-Problema estético

No

Sí

¿En qué medida afecta a su vida cotidiana? por favor, marque uno de los siguientes:

nada / levemente / moderadamente / bastante / mucho

-Problemas para dormir

No

Sí

¿ En qué medida afecta a su vida cotidiana? por favor, marque uno de los siguientes:

nada / levemente / moderadamente / bastante / mucho

-Pesadillas

No

Sí

¿ En qué medida afecta a su vida cotidiana? por favor, marque uno de los siguientes:

nada / levemente / moderadamente / bastante / mucho

-¿Tiene miedo a los medicamentos?

No

Sí

¿ En qué medida afecta a su vida cotidiana? por favor, marque uno de los siguientes:

nada / levemente / moderadamente / bastante / mucho

5) Algunas preguntas más:

¿Ha estado hospitalizado de Nuevo por el síndrome de hipersensibilidad con eosinofilia y afectación sistémica (DRESS)?

No

Sí

En caso afirmativo, número total de días:

Después del síndrome de DRESS ¿evita usted tomar medicamentos?

No

Sí

En caso afirmativo, por favor, marque uno de los siguientes:

Medicación oral / medicación tópica / vacunas / medicación intravenosa / inyección dental / otra: _____ (por ejemplo: cremas)

Después del síndrome de DRESS ¿evita usted los cuidados médicos o dentales?

No

Sí

¿Recibió apoyo psicológico profesional a causa del síndrome de DRESS?

No

Sí

En caso afirmativo, por favor especifique:

¿Cree usted que el apoyo psicológico profesional sería de gran ayuda?

No

Sí

¿Considera usted que sus preguntas acerca de su enfermedad han sido respondidas adecuadamente?

No

solo parcialmente

la mayoría

completamente

La causa del síndrome de DRESS ha sido detectadas?

No

Sí

En caso afirmativo, nombre de la forma más específica posible:

¿Ha recibido por escrito precauciones para evitar medicación específica?

No

Sí

En caso afirmativo, ¿Cuál?

**Gracias por responder a nuestras preguntas
Por favor, no dude en contactar con nosotros
¡Podemos ayudarle!
Le deseamos lo mejor**