

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

PIELenRed

Cuaderno de recogida de datos (CRD) – 1 y 5 años

Seguimiento 1 / 5 años

SSJ/NET

TF

Plataforma Interdisciplinaria para el Estudio de Lesiones cutáneas graves en Red

PIELenRed

Cuaderno de recogida de datos (CRD) – SJS/NET a 1/5 años

DATOS GENERALES

Por favor, indique la de fecha actual

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

Código del paciente

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

Hace cinco años, usted fue hospitalizado por SSJ/NET, durante la hospitalización su médico

Dr.

(nombre)

del departamento defue 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) ¿Está usted trabajando?

No

Sí

En caso negativo, la razón es:

No puedo trabajar debido a mi reacción cutánea

Nunca he trabajado

Otros (por favor, especificar)

En caso afirmativo, ¿se ve reducida o modificada su actividad actual debido a su reacción cutánea grave?

No

Sí

En caso afirmativo, por favor especificar

Ha solicitado usted alguna pensión de discapacidad debido a la reacción cutánea o a las secuelas de la misma?

No

Discapacidad parcial

Discapacidad total/absoluta

2) De forma más general, ¿ha reanudado usted sus actividades cotidianas?

No

Sí

En caso afirmativo,

parcialmente

completamente

3a) ¿Tiene usted una o más de los siguientes síntomas cutáneos debido a su reacción cutánea?

Piel

	No	Sí
Prurito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de pigmentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de pigmentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cicatrices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aumento de lunares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exceso de sudoración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En qué medida afecta su problema cutáneo a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

3b) ¿Tiene usted una o más de los siguientes síntomas oculares debido a su reacción cutánea?

	No	Sí	
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagrimeo excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pérdida de pestañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Crecimiento hacia adentro de pestañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pérdida de visión debido a la reacción cutánea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No sabe

Debido a sus problemas oculares usa usted:

	No	Sí
Gotas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gafas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gafas de sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía plástica de pestañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugía ocular/transplante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Debido a sus problemas oculares tiene usted dificultades en su vida diaria para leer, trabajar, conducir?

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

¿En que medida afecta su problema ocular a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

3c) ¿Tiene usted una o más de los siguientes síntomas debido a su reacción cutánea?

Boca

	No	Sí
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de gusto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad al tragar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En que medida afecta su problema ocular a su vida diaria? Por favor haga un círculo alrededor de una única respuesta de las siguientes:

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

Dientes/encías

	No	Sí
Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encías doloridas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retracción de encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangrado de encías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En que medida afecta su problema ocular a su vida diaria? Por favor haga un círculo alrededor de una única respuesta de las siguientes:

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

¿Tiene usted una o más de los siguientes síntomas debido a su reacción cutánea?

3d) Pulmón

	No	Sí
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disnea/dificultad al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espujo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruidos en el pecho al respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En que medida afecta su problema ocular a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

3e) Nariz

	No	Sí
Sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irritación crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En que medida afecta su problema ocular a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

3f) Mucosa genital

	No	Sí
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adherencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molestias al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas en las relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿En que medida afecta su problema ocular a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

3g) Uñas

	No	Sí
Pérdida de uñas en manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida de uñas en pies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras anormalidades en uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, tipo de anormalidad: _____

¿En que medida afecta su problema ocular a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

3g) Pelo

	No	Sí
Pérdida de pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras anomalías en pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, tipo de anomalía: _____

¿Hasta que punto afecta su problema ocular a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

3g) ¿Ha observado una mayor propensión a las siguientes infecciones?

	No	Sí
Sinusitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gripe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cistitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pielonefritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estomatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conjuntivitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, especificar:

3j) ¿Ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades desde que sufrió la reacción cutánea?

	No	Sí
Lupus eritematoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiroiditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esclerosis Múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras enfermedades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso afirmativo, especificar:

3k) ¿Sufre alguna otra secuela debido a la reacción cutánea?

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

En caso afirmativo, especificar:

3l) ¿Ha sido tratado de alguna de dichas secuelas?

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

En caso afirmativo, especificar:

3m) ¿Nos autoriza a obtener información del médico que le está tratando?

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

En caso afirmativo, consigne el nombre y dirección de su médico:

4) ¿Experimenta usted alguna de las siguientes sensaciones debido a la reacción cutánea?
(Varias respuestas son posibles)

- Problema estético

No

Sí

*En caso **afirmativo**, ¿en que medida afecta a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:*

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

- Dificultad para dormir

No

Sí

*En caso **afirmativo**, ¿en qué medida afecta a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:*

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

- Pesadillas

No

Sí

*En caso **afirmativo**, ¿en qué medida afecta a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:*

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

- ¿Le da miedo tomar medicación?

No

Sí

*En caso **afirmativo**, ¿ en qué medida afecta a su vida diaria? Por favor señale una única respuesta de las siguientes:*

Nada en absoluto / levemente / moderadamente / bastante / mucho

5) Algunas preguntas adicionales:

¿Estuvo usted hospitalizado de nuevo como consecuencia de la reacción cutánea?

No

Sí

En caso **afirmativo**, nº total de días :

¿Ha evitado tomar fármacos después de la reacción cutánea?

No

Sí

En caso **afirmativo**, por favor señale una o más de las siguientes opciones:

Medicación oral / Medicación tópica / Vacunación / Medicación i.v. /inyecciones dentales

Otras: _____

¿Ha evitado usted tratamiento médico o dental después de la reacción cutánea?

No

Sí

¿Ha tenido ayuda psicológica profesional a causa de la reacción?

No

Sí

En caso **afirmativo**, especificar:

¿Piensa usted que sería útil para los pacientes obtener ayuda psicológica profesional?

No

Sí

¿Ha experimentado usted reacciones adversas a medicamentos adicionales después de la reacción cutánea grave?

No

Sí

En caso **afirmativo**, afectaron a la piel?

No

Sí

En caso **negativo**, cual fue el órgano afectado?

Otros comentarios adicionales que usted desee hacer:

¡Gracias por contestar nuestras preguntas!

Por favor, no dude en contactar con nosotros si piensa que podemos serle de ayuda