

**FORMULARIO CLINIMETRÍA RAPID 3 PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA**  
**Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)**

Por favor responda y marque con una **X** según corresponda. Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas

1. ¿Cuánto **dolor** ha tenido por su enfermedad **durante la última semana**?. Por favor, marque con una **X** en la línea de abajo para indicar cuánto dolor ha tenido:

**Sin ningún dolor**

**El peor dolor que se pueda imaginar**

|   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |
|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|
| 0 | 0.5 | 1 | 1.5 | 2 | 2.5 | 3 | 3.5 | 4 | 4.5 | 5 | 5.5 | 6 | 6.5 | 7 | 7.5 | 8 | 8.5 | 9 | 9.5 | 10 |
|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|

2. Nos interesa saber de qué manera su enfermedad afecta sus capacidades y habilidades para realizar actividades de la vida diaria. Por favor, marque con una **X** la respuesta que mejor describa su capacidad para hacer las cosas o sus habilidades habituales. **Durante la semana pasada**

| <b>Durante la semana pasada: ¿Pudo usted...</b>  | Sin <b>NINGUNA</b> Dificultad<br>(0) | Con <b>ALGO</b> de Dificultad<br>(1) | Con <b>MUCHA</b> Dificultad<br>(2) | <b>IMPOSIBLE</b> de Hacer<br>(3) |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| ¿Vestirse solo(a), incluyendo amarrarse (atarse) los cordones de los zapatos, abotonarse (abrocharse) y desabotonarse (desabrocharse) la ropa? |                                      |                                      |                                    |                                  |
| ¿Acostarse y levantarse de la cama?  |                                      |                                      |                                    |                                  |
| ¿Levantar una taza o un vaso lleno para llevárselo a la boca?  |                                      |                                      |                                    |                                  |
| ¿Caminar fuera de casa, sobre un terreno plano?  |                                      |                                      |                                    |                                  |
| ¿Lavarse y secarse el cuerpo?  |                                      |                                      |                                    |                                  |
| ¿Agacharse para recoger ropa o algo del piso o el suelo?   |                                      |                                      |                                    |                                  |
| ¿Abrir y cerrar las llaves del agua (grifos, canillas)?  |                                      |                                      |                                    |                                  |
| ¿Subir (meterse) y bajar (salir) de un automóvil?  |                                      |                                      |                                    |                                  |
| ¿Caminar 3 kilómetros?   |                                      |                                      |                                    |                                  |
| ¿Participar en juegos y deportes como Ud. quisiera?  |                                      |                                      |                                    |                                  |

3. Considerando todas las formas en las que su artritis o enfermedad le afecta, por favor marque con una **X** en la línea de abajo lo que mejor describa cómo se siente en este momento:

**Muy bien**

**Muy mal**

|   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |   |     |    |
|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|
| 0 | 0.5 | 1 | 1.5 | 2 | 2.5 | 3 | 3.5 | 4 | 4.5 | 5 | 5.5 | 6 | 6.5 | 7 | 7.5 | 8 | 8.5 | 9 | 9.5 | 10 |
|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|---|-----|----|

## SYSTEMIC LUPUS ACTIVITY QUESTIONNAIRE (SLAQ)

Por favor responda y marque con una **X** según corresponda:

1. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido una exacerbación de lupus? (una exacerbación de lupus es cuando su lupus se pone peor). ¿Cuál de las siguientes describe mejor su respuesta? (por favor **marque con una x**)

- No, ninguna exacerbación.  
 Si, exacerbación leve.  
 Si, exacerbación moderada.  
 Si, exacerbación severa.

2. Por favor, revise el siguiente listado de síntomas de lupus. **EN LOS ULTIMOS 3 MESES**, ¿Qué tan mal ha estado cada uno de los síntomas? Por favor marque con una x para cada síntoma.

|   | NO HAY PROBLEMA | LEVE | MODERADO | SEVERO |
|---|-----------------|------|----------|--------|
| Pérdida de peso no intencionada.  |                 |      |          |        |
| Fatiga.   |                 |      |          |        |
| Fiebre (más de 38.5 grados) medida con termómetro.                              |                 |      |          |        |
| Llagas en la boca o la nariz.   |                 |      |          |        |
| Brote en la piel de las mejillas (forma de mariposa)                            |                 |      |          |        |
| Otros brotes en la piel ¿Dónde?   |                 |      |          |        |
| Manchas de color morado o azul oscuro que podía sentir sobre su piel            |                 |      |          |        |
| Brotes en la piel o sensación de malestar después de salir al sol.              |                 |      |          |        |
| Parches de calvicie en la cabeza o mechones de cabello sobre la almohada.       |                 |      |          |        |
| Ganglios inflamados (nódulos) en el cuello.                                     |                 |      |          |        |
| Dificultad para respirar.   |                 |      |          |        |
| Dolor en el pecho con una respiración profunda.                                 |                 |      |          |        |
| Dedos de las manos o pies se ponen blancos o muy pálidos con el frío (Raynaud). |                 |      |          |        |
| Dolor de estómago o de vientre.   |                 |      |          |        |
| Adormecimiento u hormigueo persistente en sus brazos o piernas.                 |                 |      |          |        |
| Convulsiones.   |                 |      |          |        |
| Derrame cerebral.   |                 |      |          |        |
| Pérdida de memoria.   |                 |      |          |        |
| Sentimiento de depresión.   |                 |      |          |        |
| Dolores de cabeza inusuales.  |                 |      |          |        |
| Dolor muscular.   |                 |      |          |        |
| Dolor o rigidez de las articulaciones.  |                 |      |          |        |
| Inflamación en las articulaciones   |                 |      |          |        |

3. Por favor, califique la actividad de su lupus **DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES** en la escala mostrada a continuación, donde **0 es sin actividad** y **10 es la mayor actividad** (marque con una x).

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

**Ausencia de actividad**

**Máxima actividad**

**FORMULARIO CLINIMETRÍA SSPRO PARA PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA**  
**Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)**

|                      |                         |
|----------------------|-------------------------|
| Apellidos y nombres: | Documento de identidad: |
| IDX:                 | Fecha de registro:      |

Por favor marque con una **X** según su estado en el último mes. Siendo:

1=Mejor estado posible  
 6= Peor estado posible

**BIEN**

**MAL**



|   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿Qué tan tensa ha sentido su piel?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tan seca ha estado su piel?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tan dolorosa ha estado su piel?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tan decolorada ha estado su piel?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tanta picazón ha sentido en su piel?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tan acomplejado se ha vuelto debido a su piel?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tan preocupado ha estado por su piel?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tan deprimido ha estado por su piel?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tanto ha sentido que no es usted mismo debido a su piel?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tan frustrado se ha sentido por su piel?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tanta falta de control ha sentido sobre la condición de su piel?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tanta dificultad ha tenido al hacer cosas con sus manos a causa de la rigidez de la piel?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tanta dificultad ha tenido al abrir o cerrar su boca debido a la rigidez de la piel?   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tanta dificultad ha tenido al mover partes de su cuerpo a causa de la rigidez de la piel?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tanto ha interferido la condición de su piel con sus actividades diarias (Por ejemplo, el trabajo, el estudio, las actividades recreativas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tanto le ha impedido su piel el salir a socializar?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tanto ha interferido su piel en sus interacciones con la gente?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ¿Qué tanto ha afectado su piel la elección de las prendas que usa?  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| <u>Total:</u>   |   |   |   |   |   |   |

**FORMULARIO CLINIMETRÍA ESSPRI PARA PACIENTE CON SÍNDROME SJÖGREN**  
**Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA)**

Por favor responda y marque con una **X** según corresponda. Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas

1. ¿Qué tan severa ha estado su **RESEQUEDAD** durante las últimas 2 semanas.

|                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                     |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------------------|
| <b>Sin resequedad</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | <b>Resequedad máxima concebible</b> |
| 0                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                                     |

2. ¿Qué tan severa ha estado su **FATIGA** (debilidad, cansancio) durante las últimas 2 semanas?

|                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                 |
|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|---------------------------------|
| <b>Sin fatiga</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | <b>Fatiga máxima concebible</b> |
| 0                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                                 |

3. ¿Qué tan severo ha estado su **DOLOR** (articular o muscular en brazos y piernas) durante las últimas 2 semanas?

|                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    |                                |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|--------------------------------|
| <b>Sin dolor</b> |   |   |   |   |   |   |   |   |   |    | <b>Dolor máximo concebible</b> |
| 0                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |                                |