

**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 (0)	Con <b>ALGO</b> de Dificultad (1)	Con <b>MUCHA</b> Dificultad (2)	<b>IMPOSIBLE</b> de Hacer (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)**

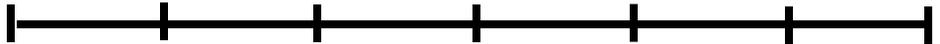
Apellidos y nombres:	Documento de identidad:
IDX:	Fecha de registro:

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
<b>Total:</b>						

**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	