

Herramienta de evaluación del paciente que recibe quimioterapia por vía oral

Fecha: _____ N.º de identificación de quimioterapia por vía oral: _____	
El sistema de evaluación de síntomas de Edmonton: (ESAS-r)	

Encierre el número que mejor describa cómo se siente AHORA:

Sin dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor dolor posible
Sin cansancio <i>(Cansancio= falta de energía)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor cansancio posible
Sin sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor sueño posible
Sin náuseas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores náuseas posibles
Sin falta de apetito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peor falta de apetito posible
Sin falta de aire	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peor falta de aire posible
Sin depresión <i>(Depresión = sentirse triste)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peor depresión posible
Sin ansiedad <i>(Ansiedad = sentirse nervioso)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peor ansiedad posible
El mejor bienestar <i>(Bienestar = cómo se siente en general)</i>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor bienestar posible
Sin estreñimiento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor estreñimiento posible
Sin diarrea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peor diarrea posible
Sin hormigueo/entumecimiento	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor hormigueo/entumecimiento posible
Sin llagas en la boca	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Las peores llagas posibles en la boca
Sin sarpullido	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	El peor sarpullido posible

Nombre del paciente _____
 Fecha _____ Hora _____

Nombre de la droga: _____

Completado por (marque una):

<input type="checkbox"/> Paciente	<input type="checkbox"/> Cuidador familiar
<input type="checkbox"/> Cuidador profesional de atención médica	<input type="checkbox"/> Auxiliar de cuidador
	<input type="checkbox"/> Auxiliar de cuidador

Herramienta de evaluación del paciente que recibe quimioterapia por vía oral

Fecha: ___/___/___ Iniciales del paciente: _____ N.º de expediente médico: _____

N.º de identificación de quimioterapia por vía oral _____

- ¿Cuáles son los síntomas más molestos que tiene y que cree que son por el medicamento que está tomando para tratar su cáncer?

- ¿Qué tan seguro está de poder manejar los síntomas de arriba usted mismo (modificando la dieta, ejercicio, sueño u otros factores o tomando medicamentos de venta libre o con receta para ayudar)? Encierre la respuesta abajo.

No me siento seguro 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me siento seguro

- ¿Qué tan seguro está de que sabe cuándo necesita buscar atención médica para los síntomas que tiene? Encierre la respuesta abajo.

No me siento seguro 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me siento seguro

- Pensando en las últimas 4 semanas, califique su capacidad de tomar su medicamento por vía oral para el cáncer según las indicaciones (encierre la respuesta abajo).

- A) Excelente
- B) Muy buena
- C) Buena
- D) Regular
- E) Malo

- Hay muchas razones por las que las personas no pueden tomar su medicamento por vía oral para el cáncer. Pensando específicamente en su medicamento por vía oral, ¿cuál de las siguientes razones para no tomar su medicamento se aplica a usted? (elijá todos los que lo afectan)

- Experimenté efectos secundarios con este medicamento
- No tenía dinero para pagar el medicamento
- No creo que necesite más este medicamento
- No creo que este medicamento esté funcionando para mí
- Me preocupan los posibles efectos secundarios de este medicamento
- Me preocupan los efectos a largo plazo de este medicamento
- No tenía el medicamento porque en la farmacia se agotó
- No tenía el medicamento porque llegó tarde de la farmacia
- Tengo problemas para manejar todos los medicamentos que tomo
- Lo hubiera tomado, pero simplemente lo olvidé
- Lo hubiera tomado, pero lo olvidé porque tengo una agenda apretada
- Lo hubiera tomado, pero tengo problemas y olvido cosas en mi vida diaria
- Otro