

Nombre..... Fecha.....

Cuestionario multidimensional de Bristol acerca de la fatiga en la artritis reumatoide (BRAf-MDQ)

Nos gustaría saber cómo le ha afectado la fatiga en los últimos 7 días.
Por favor, conteste todas las preguntas. No piense demasiado, responda con su primera reacción. ¡No hay respuestas correctas ni incorrectas!

1 Por favor, encierre en un círculo el número que muestre su nivel promedio de fatiga durante los últimos 7 días.

Ninguna fatiga 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Agotamiento total

Para cada una de las siguientes preguntas, marque la respuesta que mejor corresponda a su caso.

2 ¿Cuántos días tuvo usted fatiga durante la última semana (7 días)?

0	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>
1	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	Todos los días	<input type="checkbox"/>

3 ¿Cuánto tiempo, en promedio, ha durado cada episodio de fatiga, durante los últimos 7 días?

Menos de una hora	<input type="checkbox"/>
Varias horas	<input type="checkbox"/>
Todo el día	<input type="checkbox"/>

Por favor, voltee la página

		Para nada	Un poco	Moderadamente	Muchísimo
	Durante los últimos 7 días.....				
4	¿Le ha faltado energía <i>física</i> debido a la fatiga?	-----	----	-----	-----
5	¿Se le ha hecho difícil bañarse en tina o regadera debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----
6	¿Se le ha hecho difícil vestirse debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----
7	¿Se le ha hecho difícil hacer su trabajo u otras actividades cotidianas debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----
8	¿Ha evitado hacer planes debido a la fatiga? Por ejemplo, planes para salir, o hacer trabajos en la casa o el jardín	-----	-----	-----	-----
9	¿La fatiga ha afectado su vida social?	-----	-----	-----	-----
10	¿Ha cancelado planes debido a la fatiga? Por ejemplo, planes para salir, o hacer trabajos en la casa o el jardín	-----	-----	-----	-----
11	¿Ha rechazado invitaciones debido a la fatiga? Por ejemplo, reunirse con un amigo	-----	-----	-----	-----
12	¿Le ha faltado energía <i>mental</i> debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----
13	¿Se le olvidan cosas debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----
14	¿Se le ha hecho difícil pensar con claridad debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----
15	¿Se le ha hecho difícil concentrarse debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----
16	¿Ha cometido errores debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----
17	¿Ha sentido que tiene menos control en ciertos aspectos de su vida debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----
18	¿Se ha sentido apenado debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----
19	¿Le ha afligido el sentirse fatigado/a?	-----	-----	-----	-----
20	¿Se ha sentido triste o deprimido debido a la fatiga?	-----	-----	-----	-----