





PATIENT ID \_\_\_\_\_  
(ie Italy Paolo Rossi date of birth 25 March 1970 = IT PR 250370)

DATE OF VISIT (D/M/Y) \_\_\_\_\_

### JUVENILE ARTHRITIS MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT REPORT (JAMAR)

58 **9. ¿Estás tomando alguna medicación para el tratamiento de la artritis?** Sí  No

59 Si has contestado "no", por favor pasa directamente a la pregunta 13

60 Si has contestado "sí", por favor responde las preguntas 10, 11 y 12

61 **10. ¿Qué medicaciones tomas en el momento actual?**

62	AINEs (por ej. Ibuprofeno, Dalsy, Junifén, Naproxeno)	<input type="checkbox"/>	Por favor indica cuál _____	<input type="checkbox"/>
63	Esteroides (por ej. Prednisona, Dacortín, Urbasón Zamene, Dezacor)	<input type="checkbox"/>	Por favor indica cuál _____	<input type="checkbox"/>
64	Metotrexato (por ej. Metoject)	<input type="checkbox"/>	Oral <input type="checkbox"/> Subcutáneo <input type="checkbox"/> Intramuscular <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65	Sulfasalazina (Salazopyrina)	<input type="checkbox"/>	Ciclosporina (por ej. Sandimmun)	<input type="checkbox"/>
66	Etanercept (Enbrel)	<input type="checkbox"/>	Infliximab (Remicade)	<input type="checkbox"/>
67	Golimumab (Simponi)	<input type="checkbox"/>	Adalimumab (Humira)	<input type="checkbox"/>
68	Anakinra (Kineret)	<input type="checkbox"/>	Certolizumab Pegol (Cimzia)	<input type="checkbox"/>
69	Tocilizumab (Roactemra)	<input type="checkbox"/>	Abatacept (Orencia)	<input type="checkbox"/>
70	Otra (indica cuál _____)	<input type="checkbox"/>	Canakinumab (Ilaris)	<input type="checkbox"/>
			Riloncept (Arcalyst)	<input type="checkbox"/>
			Otra (indica cuál _____)	<input type="checkbox"/>
			Otra (indica cuál _____)	<input type="checkbox"/>

71 **11. Desde la última visita ¿has tenido alguna molestia que pueda haber sido producida por la medicación que tomas?** Sí  No

72 Si has contestado "sí" por favor indica cuál en la tabla

73	Fiebre	<input type="checkbox"/>	Dolor o ardor de estómago	<input type="checkbox"/>
74	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Náuseas	<input type="checkbox"/>
75	Erupción o manchas en la piel	<input type="checkbox"/>	Vómitos	<input type="checkbox"/>
76	Llagas en la boca (aftas)	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>
77	Hinchazón o sangrado de las encías	<input type="checkbox"/>	Diarrea	<input type="checkbox"/>
78	Aumento del vello corporal	<input type="checkbox"/>	Heces negras o con sangre	<input type="checkbox"/>
79	Ganancia de peso	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>
80	Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	Hinchazón, hematomas, dolor, enrojecimiento, etc. en el punto de la inyección	<input type="checkbox"/>
81	Cambios de carácter (excitación, depresión, ansiedad)	<input type="checkbox"/>	Otro (por favor indica cuál _____)	<input type="checkbox"/>
82	Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	Otro (por favor indica cuál _____)	<input type="checkbox"/>

83 **12. ¿Tomas la medicación con regularidad (siguiendo las indicaciones de tu médico) en casa?** Sí  No

84 Si has contestado "no" ¿por qué no?

85	Porque me niego a tomarla	<input type="checkbox"/>	Porque son demasiadas tomas durante el día	<input type="checkbox"/>
86	Por dificultades organizativas (por ej. tomar la medicación en el colegio)	<input type="checkbox"/>	Por miedo a los efectos secundarios	<input type="checkbox"/>
87	Porque tomo demasiadas medicaciones	<input type="checkbox"/>	Otro (por favor indica cuál _____)	<input type="checkbox"/>

88 ¿Cuál de las medicaciones te resulta la más difícil de tomar de forma regular? \_\_\_\_\_

89 **13. ¿Vas al colegio?** Sí  No

90 Si has contestado "sí" ¿qué problemas relacionados con el colegio te produce la enfermedad?

91	Ninguno	<input type="checkbox"/>	Dificultad en mi relación con los profesores	<input type="checkbox"/>
92	Numerosas ausencias	<input type="checkbox"/>	Saco peores notas	<input type="checkbox"/>
93	Dificultad para permanecer sentada/o mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	Otro (por favor indica cuál _____)	<input type="checkbox"/>

**JUVENILE ARTHRITIS MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT REPORT (JAMAR)**

**94 14. Evaluación de la Calidad de Vida**

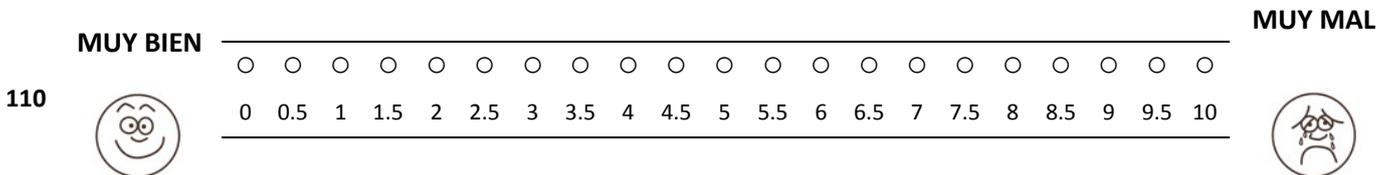
95 Por favor elije la respuesta que mejor describe tu estado de salud en general

96 Quisiéramos saber si durante **las últimas 4 semanas**

97		Nunca	A veces	A menudo	A diario
98	1. Has tenido alguna dificultad en el cuidado personal como por ej. para comer, vestirte o asearte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99	2. Has tenido alguna dificultad para pasear durante 15 minutos o subir un tramo de escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100	3. Has tenido alguna dificultad para realizar actividades que requieran mucha energía como correr, jugar al fútbol, bailar, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101	4. Has tenido alguna dificultad para realizar actividades en el colegio o para jugar con los amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102	5. Has tenido dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103	6. Te has sentido triste o deprimida/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104	7. Te has sentido nerviosa/o o con ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105	8. Has tenido alguna dificultad para llevarte bien con otros niños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106	9. Has tenido alguna dificultad para concentrarte o para prestar atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107	10. Estás insatisfecha/o con tu apariencia personal o con tu capacidad para hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

108 **15. Considerando todas las formas en las que la enfermedad te afecta, por favor valora cómo te sientes en este momento**

109 (elije la puntuación que te parezca más precisa)



111 **16. Considerando todas las formas en las que la enfermedad te afecta, ¿estarías satisfecha/o si la enfermedad permaneciera estable/sin cambios durante los próximos meses?**

112  Sí  No

113 Muchas gracias por haber completado este cuestionario.  
 114 La información que nos has proporcionado será muy útil para seguir los cambios en el curso de tu enfermedad de la mejor manera posible.  
 115 La información contenida en este cuestionario es confidencial y sólo será utilizada para actividades clínicas o de investigación.  
 116 Todos los datos serán tratados de forma anónima.  
 117 Por favor indica si autorizas o no el uso con fines científicos de la información contenida en este cuestionario.  
 118 **Autorizo**  **No autorizo**   
 119 Por favor escribe tu nombre y apellidos o iniciales \_\_\_\_\_  
 120 Firma \_\_\_\_\_