

PATIENT ID _____

DATE OF VISIT (DD/MMM/YYYY) _____

(Country code, Centre ID, Incremental number (1-100) e.g. IT 01 0001)

JUVENILE ARTHRITIS MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT REPORT (JAMAR)

1 EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL de la ARTRITIS JUVENIL (JAMAR)

2 **Versión en español** **Versión para los padres**

3 **Nombre y apellidos del paciente (o iniciales):** _____ **Fecha:** _____

4 ¿Quién completa el cuestionario? Madre Padre

5 El objetivo del cuestionario es obtener información sobre el estado actual de la enfermedad de su hija/hijo.

6 Sus respuestas nos ayudarán a mejorar nuestra evaluación clínica.

7 Por favor, lea cuidadosamente las preguntas que se realizan a continuación y elija las respuestas que mejor describan a su hija/hijo.

8 Si tiene dudas o necesita alguna aclaración por favor pregúntenos.

9 No hay respuestas correctas o incorrectas.

10 Simplemente le pedimos que conteste lo que usted piensa.

11 1. Evaluación de la capacidad funcional

12 Por favor elija la respuesta que mejor describa la capacidad de su hija/hijo para realizar las actividades señaladas a continuación durante las **últimas 4 semanas**.

13 Por favor indique solo las dificultades o limitaciones **causadas por la enfermedad**.

14 Si su hija/hijo tiene dificultades para realizar cualquiera de las siguientes actividades por ser demasiado pequeña/o y **no por la enfermedad** marque la casilla **“No aplicable”**.

	SIN dificultad	Con ALGUNA dificultad	Con MUCHA dificultad	INCAPAZ de hacerlo	No aplicable
15					
16	<input type="checkbox"/>				
17	<input type="checkbox"/>				
18	<input type="checkbox"/>				
19	<input type="checkbox"/>				
20	<input type="checkbox"/>				
21	<input type="checkbox"/>				
22	<input type="checkbox"/>				
23	<input type="checkbox"/>				
24	<input type="checkbox"/>				
25	<input type="checkbox"/>				
26	<input type="checkbox"/>				
27	<input type="checkbox"/>				
28	<input type="checkbox"/>				
29	<input type="checkbox"/>				
30	<input type="checkbox"/>				

31 **2. ¿Cuánto dolor ha tenido su hija/hijo a causa de la enfermedad durante la semana pasada?**

32 **(elija la puntuación que le parezca más precisa)**

SIN DOLOR _____ DOLOR INTENSISIMO

33  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 

PATIENT ID _____

DATE OF VISIT (DD/MMM/YYYY) _____

(Country code, Centre ID, Incremental number (1-100) e.g. IT 01 0001)

JUVENILE ARTHRITIS MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT REPORT (JAMAR)

34 **3. Por favor, indíquenos si hoy su hija/hijo tiene dolor o inflamación en alguna de las siguientes articulaciones**

35	LADO IZQUIERDO	Con dolor o inflamación	LADO DERECHO	Con dolor o inflamación
36	Dedos de las manos	<input type="checkbox"/>	Dedos de las manos	<input type="checkbox"/>
37	Muñeca	<input type="checkbox"/>	Muñeca	<input type="checkbox"/>
38	Codo	<input type="checkbox"/>	Codo	<input type="checkbox"/>
39	Hombro	<input type="checkbox"/>	Hombro	<input type="checkbox"/>
40	Cadera	<input type="checkbox"/>	Cadera	<input type="checkbox"/>
41	Rodilla	<input type="checkbox"/>	Rodilla	<input type="checkbox"/>
42	Tobillo	<input type="checkbox"/>	Tobillo	<input type="checkbox"/>
43	Dedos de los pies	<input type="checkbox"/>	Dedos de los pies	<input type="checkbox"/>
44		Cuello <input type="checkbox"/>		
45		Parte baja de la espalda <input type="checkbox"/>		
46	Mi hija/hijo no tiene dolor ni inflamación en ninguna articulación		<input type="checkbox"/>	

47 **4. ¿Ha tenido su hija/hijo rigidez articular por las mañanas durante la semana pasada?** Sí No

48 Si ha contestado "sí" ¿qué tiempo le duraba?

49	15 minutos o menos <input type="checkbox"/>	De 15 a 30 minutos <input type="checkbox"/>	De 30 minutos a 1 hora <input type="checkbox"/>	De 1 a 2 horas <input type="checkbox"/>	Más de 2 horas <input type="checkbox"/>
----	---------------------------------------------	---------------------------------------------	-------------------------------------------------	-----------------------------------------	-----------------------------------------

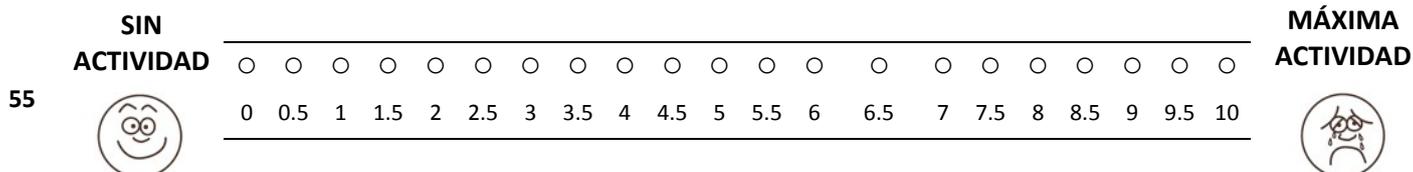
50 **5. Por favor indique si su hija/hijo ha tenido alguno de los siguientes síntomas durante la semana pasada**

51 Fiebre de más de 38°C (producida por la artritis) Sí No

52 Erupción o manchas en la piel (producida por la artritis) Sí No

53 **6. Considerando todos los síntomas, como el dolor, la inflamación articular, la rigidez matutina, la fiebre (si es producida por la artritis) y la erupción en la piel (si es producida por la artritis), por favor evalúe el nivel de actividad de la enfermedad de su hija/hijo en este momento**

54 (elija la puntuación que le parezca más precisa)



56 **7. ¿Cómo valora el estado actual de la enfermedad de su hija/hijo?**

57	Ausencia completa de síntomas (remisión) <input type="checkbox"/>	Presencia continua de síntomas (actividad persistente) <input type="checkbox"/>	Recurrencia de los síntomas después de estar un tiempo completamente bien (recaída) <input type="checkbox"/>
----	--------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

58 **8. Comparado con su última visita, ¿cómo valoraría el curso de la enfermedad de su hija/hijo?**

59	Mucho mejor <input type="checkbox"/>	Algo mejor <input type="checkbox"/>	Estable/Sin cambios <input type="checkbox"/>	Algo peor <input type="checkbox"/>	Mucho peor <input type="checkbox"/>
----	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------

PATIENT ID _____

DATE OF VISIT (DD/MMM/YYYY) _____

(Country code, Centre ID, Incremental number (1-100) e.g. IT 01 0001)

JUVENILE ARTHRITIS MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT REPORT (JAMAR)

60 **9. ¿Está tomando su hija/hijo alguna medicación para el tratamiento de la artritis?** Sí No

61 Si ha contestado “no” por favor pase directamente a la pregunta 13.

62 Si ha contestado “sí” por favor responda a las preguntas 10, 11 y 12.

63 **10. ¿Qué medicaciones toma su hija/hijo en el momento actual?**

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

73 **11. Desde la última visita ¿ha tenido su hija/hijo alguna molestia que pueda haber sido producida por la medicación que toma?** Sí No

74 Si ha contestado “sí”, por favor indique cuál en la tabla siguiente

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

85 **12. ¿Toma su hija/hijo la medicación con regularidad (siguiendo las indicaciones de su médico) en casa?** Sí No

86 Si ha contestado “no” ¿por qué no?

87 Porque se niega a tomarla <input type="checkbox"/>	Porque son demasiadas tomas durante el día <input type="checkbox"/>
88 Por dificultades organizativas (por ej. tomar la medicación en el colegio) <input type="checkbox"/>	Por miedo a los efectos secundarios <input type="checkbox"/>
89 Mi hija/hijo toma demasiadas medicaciones <input type="checkbox"/>	Otro (por favor indique cuál _____) <input type="checkbox"/>

90 ¿Cuál de las medicaciones le resulta la más difícil de tomar de forma regular? _____

91 **13. ¿Va su hija/hijo al colegio?** Sí No

92 Si ha contestado “sí”, ¿qué problemas relacionados con el colegio tiene debidos a su enfermedad?

93 Ninguno <input type="checkbox"/>	Dificultad en sus relaciones con los profesores <input type="checkbox"/>
94 Numerosas faltas de asistencia <input type="checkbox"/>	Saca peores notas <input type="checkbox"/>
95 Dificultad para permanecer sentada/o mucho tiempo <input type="checkbox"/>	Otro (por favor indique cuál _____) <input type="checkbox"/>

