

**Versión 17.0** Se utiliza para registrar a todos los que sufren una apoplejía aguda a partir del **01/01/2019** en adelante.

## RIKSSTROKE - SEGUIMIENTO DE 3 MESES

*Información que deberá rellenar el personal sanitario de la unidad de apoplejía*

Número personal I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I - I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Nombre .....

Hospital que notifica I\_\_I\_\_I\_\_I

Unidad I\_\_I\_\_I\_\_I

Fecha de seguimiento prevista para esta encuesta (año, mes, día) I\_\_I\_\_II\_\_I\_\_II\_\_I\_\_I

### **3 meses después de sufrir la apoplejía debe rellenarse el cuestionario**

#### **Instrucciones:**

- **No hay problema si necesita ayuda para rellenar el cuestionario.** Indique en la pregunta 35 quién/quienes han contestado el cuestionario.
- Si la persona que contesta el cuestionario no conoce la respuesta a la pregunta o falta la alternativa “No sabe”, la pregunta se deja sin contestar.
- Si no ha sido hospitalizado/a, puede dejar ese tipo de preguntas sin contestar.
- Marque con una **X** la casilla de la opción con la que está más de acuerdo.

**Fecha para rellenar el cuestionario**

I\_\_I\_\_II\_\_I\_\_II\_\_I\_\_I

#### **1. ¿Dónde se encuentra en este momento?**

I\_\_I = Vivo en casa, en una vivienda propia, sin atención domiciliaria. (La atención domiciliaria **no** se refiere a la asistencia sanitaria en el hogar o la asistencia sanitaria avanzada en el hogar)

I\_\_I = Vivo en casa, en una vivienda propia, con atención domiciliaria. (La atención domiciliaria **no** se refiere a la asistencia sanitaria en el hogar o la asistencia sanitaria avanzada en el hogar)

I\_\_I = Vivienda especial (por ejemplo, una clínica, residencia para ancianos, residencia de corta duración, vivienda colectiva, plaza de transición, vivienda alternativa o equivalente).

I\_\_I = Servicio de urgencias (por ejemplo, medicina, neurología, cirugía)

I\_\_I = Clínica geriátrica o de rehabilitación

I\_\_I = Otros .....

**2. ¿Vive solo/a?**

I\_\_I = Sí, vivo solo/a

I\_\_I = No, vivo con mi esposo/esposa/compañero/compañera o con otra persona, por ejemplo hermanos, hijos, padres

**3. ¿Todavía siente molestias a causa de la apoplejía?**

I\_\_I = Todas las molestias han desaparecido por completo

I\_\_I = Sigo teniendo molestias

I\_\_I = No sabe

**4. ¿Ha podido reanudar la vida y las actividades que tenía antes de sufrir la apoplejía?**

I\_\_I = Sí

I\_\_I = Sí, pero no exactamente como antes

I\_\_I = No

I\_\_I = No sabe

**5. ¿Cómo es su movilidad ahora?**

I\_\_I = Puedo moverme en interiores y al aire libre sin la ayuda de otra persona

I\_\_I = Puedo moverme en interiores sin la ayuda de otra persona, pero no al aire libre

I\_\_I = Recibo la ayuda de otra persona para moverme en interiores y al aire libre

**6. ¿Recibe ayuda de alguien para ir al baño?**

I\_\_I = Puedo ir al baño por mí mismo/a

I\_\_I = Recibo ayuda para ir al baño

**7. ¿Recibe ayuda para vestirse y desvestirse?**

**I\_\_I** = Puedo vestirme y desvestirme por mí mismo/a

**I\_\_I** = Recibo ayuda para vestirme y desvestirme

**8. Desde que le dieron de alta en el hospital luego de sufrir la apoplejía, ha acudido a una nueva cita o le han dado hora para una nueva cita con el médico?**

NOTA: Puede elegir varias respuestas

**I\_\_I** = Sí, en el hospital (en el consultorio o en la unidad)

**I\_\_I** = Sí, en el centro de salud o equivalente (por ejemplo, un consultorio médico privado)

**I\_\_I** = Sí, en la rehabilitación diurna

**I\_\_I** = Sí, en mi propia vivienda o una vivienda especial

**I\_\_I** = No

**I\_\_I** = No sabe

**9. Desde que le dieron de alta en el hospital luego de sufrir la apoplejía, ha acudido a una nueva cita o le han dado hora para una nueva cita con el médico?**

NOTA: Puede elegir varias respuestas

**I\_\_I** = Sí, en el hospital (en el consultorio o en la unidad)

**I\_\_I** = Sí, en el centro de salud o equivalente (por ejemplo, un consultorio médico privado)

**I\_\_I** = Sí, en la rehabilitación diurna

**I\_\_I** = Sí, en mi propia vivienda o una vivienda especial

**I\_\_I** = No

**I\_\_I** = No sabe

**10. ¿Qué tipo de apoyo o ayuda recibió de la asistencia sanitaria o el municipio después de su apoplejía?** NOTA: Puede elegir varias respuestas.

I\_\_I = No necesité o no quise recibir apoyo o ayuda

I\_\_I = No he recibido apoyo o ayuda a pesar de necesitarlo

I\_\_I = Rehabilitación en el hogar (rehabilitación o entrenamiento en el hogar con fisioterapeuta, terapeuta ocupacional o enfermera)

I\_\_I = Rehabilitación diurna o equivalente (se refiere a una rehabilitación basada en un grupo durante un período de tiempo determinado)

I\_\_I = Otra rehabilitación (se refiere a la rehabilitación fuera del hogar en algunas ocasiones)

I\_\_I = Residencia de corta duración

I\_\_I = Atención domiciliaria

I\_\_I = Alarma de teleasistencia

I\_\_I = Acompañante

I\_\_I = Servicio de transporte

I\_\_I = Otro apoyo (por ejemplo, de un médico, enfermera, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, consejero social o logopeda)

I\_\_I = No sabe

**11. ¿Considera que sus necesidades de apoyo y ayuda de la asistencia sanitaria o el municipio son satisfechas luego de su apoplejía?**

I\_\_I = No necesité o no quise recibir apoyo o ayuda

I\_\_I = Sí, completamente

I\_\_I = Sí, parcialmente

I\_\_I = No, en absoluto

I\_\_I = No sabe

**12. ¿Necesita ayuda de alguien para realizar las tareas domésticas?**

La pregunta se refiere a la necesidad de ayuda para limpiar, lavar, hacer las compras, hacer la comida, etc., independientemente de si la necesidad ha surgido luego de su apoplejía o si ya tenía esa necesidad de ayuda antes de sufrir la apoplejía.

I\_\_I = Sí

I\_\_I = No

I\_\_I = Es irrelevante, no me ocupaba de las tareas domésticas antes de sufrir la apoplejía

I\_\_I = No sabe

**13. ¿Están actualmente satisfechas sus necesidades de ayudas técnicas y adaptaciones en el hogar?**

(por ejemplo, andador, muletas, silla de ruedas, elevador de wc, banqueta de ducha, adaptación de la vivienda o ayuda para la comunicación, ayudas técnicas para la memoria).

I\_\_I = No necesito ayudas técnicas o adaptación en el hogar

I\_\_I = Sí, completamente

I\_\_I = Sí, parcialmente

I\_\_I = No, en absoluto

I\_\_I = No sabe

**14. ¿Necesita actualmente apoyo o ayuda de un pariente o allegado?**

I\_\_I = No tengo ningún pariente o allegado, o no tengo contacto con un pariente o allegado

I\_\_I = Sí, dependo totalmente

I\_\_I = Sí, dependo parcialmente

I\_\_I = No, para nada

I\_\_I = No sabe

**15. ¿Tiene actualmente dificultad para...?**

Si tiene dificultades, la pregunta es aplicable independientemente de las causas de las dificultades  
NOTA: Puede elegir varias respuestas.

I\_\_I = Hablar

I\_\_I = Entender el habla

I\_\_I = Leer

I\_\_I = Escribir

I\_\_I = Contar

I\_\_I = Tragar

I\_\_I = Mantener el equilibrio

I\_\_I = Recordar

I\_\_I = Concentrarse

I\_\_I = Nada de lo anterior

I\_\_I = No sabe

**16. ¿Durante la hospitalización o luego de que le dieron de alta del hospital, ha visto a un logopeda para su capacidad de hablar, tragar o escribir?**

I\_\_I = Sí, para evaluación

I\_\_I = Sí, para evaluación y tratamiento

I\_\_I = No

I\_\_I = No sabe

**17. ¿Fuma?**

I\_\_I = Sí, fumo un cigarrillo o más todos los días

I\_\_I = No

I\_\_I = No sabe

**18. ¿Le han ofrecido ayuda para dejar de fumar luego de que sufrió la apoplejía?**

I\_\_I = No es aplicable, no fumaba antes de sufrir la apoplejía

I\_\_I = Sí

I\_\_I = No

I\_\_I = No sabe

**19. ¿Se siente desanimado/a o deprimido/a?**

Si se siente desanimado/a o deprimido/a, la pregunta es aplicable independientemente de las causas del agobio o de la depresión

I\_\_I = Nunca o casi nunca

I\_\_I = A veces

I\_\_I = A menudo

I\_\_I = Continuamente

I\_\_I = No sabe

**20. ¿Recibe tratamiento para el agobio o la depresión?**

I\_\_I = Sí, medicamentos

I\_\_I = Sí, terapia de conversación

I\_\_I = Sí, medicamentos y terapia de conversación

I\_\_I = No, no recibo ningún tratamiento

I\_\_I = No sabe

**21. ¿Toma algún medicamento para la hipertensión?**

I\_\_I = Sí

I\_\_I = No

I\_\_I = No sabe

**22. ¿Cómo considera que es su estado general de salud?**

I\_\_I = Muy bueno

I\_\_I = Bastante bueno

I\_\_I = Bastante malo

I\_\_I = Muy malo

I\_\_I = No sabe

**23. ¿Se siente cansado/a?**

Si está cansado/a, la pregunta es aplicable independientemente de la causa del cansancio

I\_\_I = Nunca o casi nunca

I\_\_I = A veces

I\_\_I = A menudo

I\_\_I = Continuamente

I\_\_I = No sabe

**24. ¿Siente dolor?**

Si siente dolor, la pregunta es aplicable independientemente de la causa del dolor

I\_\_I = Nunca o casi nunca

I\_\_I = A veces

I\_\_I = A menudo

I\_\_I = Continuamente

I\_\_I = No sabe



**25. ¿Están satisfechas sus necesidades de analgésicos?**

I\_\_I = No es aplicable, no necesito o no he tenido necesidad de analgésicos

I\_\_I = Sí, totalmente

I\_\_I = Sí, parcialmente

I\_\_I = No, para nada

I\_\_I = No sabe

**26. ¿Cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está con la asistencia que recibió en el hospital en relación con su apoplejía?**

I\_\_I = Muy satisfecho/a

I\_\_I = Satisfecho/a

I\_\_I = Insatisfecho/a

I\_\_I = Muy insatisfecho/a

I\_\_I = No sabe

**27. ¿Cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está con el trato que recibió en el hospital en relación con su apoplejía?**

I\_\_I = Muy satisfecho/a

I\_\_I = Satisfecho/a

I\_\_I = Insatisfecho/a

I\_\_I = Muy insatisfecho/a

I\_\_I = No sabe

**28. ¿Cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está con la consulta con el médico cuando le dieron el alta en la unidad hospitalaria donde recibió tratamiento para su apoplejía?**

I\_\_I = Muy satisfecho/a

I\_\_I = Satisfecho/a

I\_\_I = Insatisfecho/a

I\_\_I = Muy insatisfecho/a

I\_\_I = No he tenido una consulta con el médico relacionada con mi alta

I\_\_I = No sabe

**29. ¿Recibió información sobre dejar de conducir automóvil en relación con su apoplejía?**

I\_\_I = No es aplicable, dado que yo no conducía un automóvil antes de sufrir la apoplejía o ya no conduciré más un automóvil

I\_\_I = Sí

I\_\_I = No

I\_\_I = No sabe

**30. ¿Cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está con la información sobre la apoplejía?**

I\_\_I = Muy satisfecho/a

I\_\_I = Satisfecho/a

I\_\_I = Insatisfecho/a

I\_\_I = Muy insatisfecho/a

I\_\_I = No he recibido información sobre la apoplejía

I\_\_I = No sabe

**31. ¿Sabe a dónde puede dirigirse si necesita apoyo o ayuda luego de su apoplejía?**

I\_\_I = Sí

I\_\_I = No

I\_\_I = No sabe

Por rehabilitación o entrenamiento se entienden ejercicios destinados a mejorar o mantener la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria. (Por ejemplo, movilidad, vestirse y desvestirse, ir al baño, poder hablar, leer y contar, capacidad de concentración, hacer la comida, etc.).

**32. ¿Cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está con la rehabilitación o el entrenamiento en el hospital en relación con su apoplejía?**

I\_\_I = Muy satisfecho/a

I\_\_I = Satisfecho/a

I\_\_I = Insatisfecho/a

I\_\_I = Muy insatisfecho/a

~~I~~\_\_I = No necesité rehabilitación ni entrenamiento durante la hospitalización

I\_\_I = Necesité pero no recibí rehabilitación ni entrenamiento durante la hospitalización

I\_\_I = No sabe

**33. ¿Cuán satisfecho/a o insatisfecho/a está con la rehabilitación o el entrenamiento luego de que le dieron de alta en el hospital por su apoplejía?**

I\_\_I = Muy satisfecho/a

I\_\_I = Satisfecho/a

I\_\_I = Insatisfecho/a

I\_\_I = Muy insatisfecho/a

I\_\_I = No necesité rehabilitación ni entrenamiento después de la hospitalización

I\_\_I = Necesité pero no recibí rehabilitación ni entrenamiento después de la hospitalización

I\_\_I = No sabe

**34. ¿Realiza en este momento una rehabilitación o un entrenamiento?**

I\_\_I = Sí

I\_\_I = No, no necesito rehabilitación o entrenamiento, o lo he rechazado

I\_\_I = No, lo necesito pero no realizo ninguna rehabilitación ni entrenamiento

I\_\_I = No sabe

**35. ¿Quién ha contestado este cuestionario?**

I\_\_I = Yo mismo/a, por escrito

I\_\_I = Yo mismo/a, con ayuda de un pariente o allegado o del personal sanitario

I\_\_I = Yo mismo/a (el o la paciente) por teléfono

I\_\_I = Yo mismo/a (el o la paciente) durante la nueva cita en el hospital o el centro de salud

I\_\_I = Solo el personal sanitario

I\_\_I = Solo un allegado

I\_\_I = Otros

***¡Agradecemos sinceramente su participación!***

***Compruebe que ha contestado a todas las preguntas.***

***Envíe el cuestionario en el sobre de respuesta adjunto***