# MEDIDAS DE RESULTADOS INFORMADAS POR EL PACIENTE

PATIENT LABEL

❑ Left

❑ Right

**HIP**

**Su experiencia es importante:** Antes y después de su cirugía de reemplazo **DE CADERA**, le pediremos que llenar complete una breve encuesta llamada "Resultados Reportados por el Paciente (PRO)." Esta encuesta pregunta sobre su dolor, movimiento y actividades diarias.

Sus respuestas le da a su médico información importante que ninguna prueba ni escáner puede mostrar. Esto les ayuda a seguir su recuperación y a adaptar la atención médica a sus necesidades. Al combinarlas con las respuestas de pacientes de todo Michigan (sin su información personal), su opinión también ayuda a mejorar las cirugías para otros en el futuro.

Al completar esta encuesta, usted apoya su propia recuperación y ayuda a otros a recibir la mejor atención médica.

HOOS-JR

DOLOR -¿Cuánto dolor de cadera experimentó usted en la **semana pasada** durante las actividades siguientes?

| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | EXTREMO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Subir o bajar las escaleras | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 2. Caminar sobre una superficie dispareja | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

FUNCIÓN, VIDA DIARIA -Las preguntas siguientes son sobre su función física. Esto significa su capacidad para desplazarse y cuidarse a sí mismo. Para cada una de las actividades siguientes, sírvase indicar el grado de dificultad que experimentó en la **semana pasada** debido a su cadera.

| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | EXTREMO |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. Levantarse de la posición sentado | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 4. Agacharse hasta el piso/recoger algo | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 5. Echado(a) en la cama (voltearse, mantener la posición de la cadera) | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |
| 6. Sentarse | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

PROMIS-10 GLOBAL (v1.2)

Responda a cada enunciado marcando una casilla por línea.

| | EXCELENTE | MUY BUENA | BUENA | PASABLE | MALA |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. En general, diría que su salud es: | ❑5 | ❑4 | ❑3 | ❑2 | ❑1 |
| 2. En general, diría que su calidad de vida es: | ❑5 | ❑4 | ❑3 | ❑2 | ❑1 |
| 3. En general, ¿cómo calificaría su salud física? | ❑5 | ❑4 | ❑3 | ❑2 | ❑1 |
| 4. En general, ¿cómo calificaría su salud mental, incluidos su estado de ánimo y su capacidad para pensar? | ❑5 | ❑4 | ❑3 | ❑2 | ❑1 |
| 5. En general, ¿cómo calificaría su satisfacción con sus actividades sociales y sus relaciones con otras personas? | ❑5 | ❑4 | ❑3 | ❑2 | ❑1 |
| 6. En general, califique en qué medida puede realizar sus actividades sociales y funciones habituales. (Esto comprende las actividades en casa, en el trabajo y en el área donde reside, así como sus responsabilidades como padre o madre, hijo/a, cónyuge, empleado/a, amigo/a) | ❑5 | ❑4 | ❑3 | ❑2 | ❑1 |

| | COMPLETAM-ENTE | EN EU MAYORIA | MODERADA-MENTE | UN POCO | PARA NADA |
|---|---|---|---|---|---|
| 7. ¿En qué medida puede realizar sus actividades físicas diarias, como caminar, subir escaleras, cargar las compras o mover una silla? | ❑5 | ❑4 | ❑3 | ❑2 | ❑1 |

**Por favor complete el anverso y el reverso de este formulario.**

PROMIS-10 GLOBAL (v1.2)

Responda a cada elemento marcando una casilla por fila.

| En los últimos 7 días..... | NUNCA | RARA VEX | ALGUNAS VECES | A MENDUDO | SIEMPRE |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. ¿Con qué frecuencia le han afectado problemas emocionales como sentir ansiedad, depresión o irritabilidad? | ❑5 | ❑4 | ❑3 | ❑2 | ❑1 |

| | NINGUNO | LEVE | MODERADO | INTENSO | MUY INTENSO |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. En promedio, ¿cómo calificaría su cansancio? | ❑5 | ❑4 | ❑3 | ❑2 | ❑1 |

| | NINGÚN DOLAR | | | | | | | | | | EL PEOR DOLAR IMAGINABLE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 10. En promedio, ¿cómo calificaría su dolor? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

OPIOID USE

Responda cada pregunta marcando el casillero más apropiado, indicando una respuesta por pregunta solamente. Si no está seguro(a) de cómo responder a una pregunta, le rogamos que dé la mejor respuesta que pueda.

| | SÍ | NO |
|---|---|---|
| 1. ¿Toma analgésicos opiáceos todos o casi todos los días (por ejemplo, hidrocodona, Norco, Vicodin, oxicodona, morfina, codeína, etc.)? | ❑ (Si responde SÍ, continúe al núm. 2 a continuación) | ❑ (Si responde NO, vaya a la página siguiente) |

| | DOLOR ARTICULAR OPERATORIO | OTROS DOLORES EN OTRAS PARTES DEL CUERPO | DOLOR ARTICULAR QUIRÚRGICO Y OTRO DOLOR EN OTRA ZONA DEL CUERPO | OTRA RAZÓN, NO POR DOLOR |
|---|---|---|---|---|
| 2. ¿Por qué toma este analgésico opiáceo? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

CMS ADDITIONAL QUESTIONS

Responda cada pregunta marcando el casillero más apropiado, indicando una respuesta por pregunta solamente. Si no está seguro(a) de cómo responder a una pregunta, le rogamos que dé la mejor respuesta que pueda.

| | NIGUNO | LEVE | MODERADO | SEVERO | EXTREMO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Qué cantidad de dolor ha experimentado en la última semana en la otra CADERA? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| | NIGUNO | MUY LEVE | MODERA-DO | BASTANTE SEVERO | MUY SEVERO | EL PEOR IMAGINABLE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2. Mi DOLOR EN LA ESPALDA en este momento es: | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

| | EXTREMA-DAMENTE | BASTANTE | ALGO | UN POCO | NADA |
|---|---|---|---|---|---|
| 3. ¿Cuán cómodo(a) se siente de llenar formularios médicos por su cuenta? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

PATIENT SATISFACTION QUESTION

<u>SOLO DESPUÉS DE LA CIRUGÍA</u>: omita esta pregunta si aún no se ha realizado su cirugía.

Responda cada pregunta marcando la casilla más apropiada. Si no está seguro de cómo responder una pregunta, por favor, responda lo mejor posible.

| | MUY SATISFECHO | SATISFECHO | NEUTRAL | INSATISFECHO | MUY INSATISFECHO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Qué tan satisfecho está con los resultados de su reemplazo de CADERA [derecha/izquierda] (hasta ahora)? | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ | ❑ |

**¡Gracias! - Por favor, devuelva este formulario a un miembro del equipo médico.**

*FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY*

| NOTATION | DATE COLLECTED | DATE OF SURGERY | COLLECTION INTERVAL |
|---|---|---|---|
| | | | ☐ Pre-Operative ☐ 2--16 Week ☐ 4--6 Month ☐ 1-Year ☐ _____ |

V1.2025.11.03 JB