

ANEXO II. Cuestionario de caracterización de la muestra

Fecha:/...../.....

• Hora en que inicio este cuestionario:h.....m

• Registrar la hora en que ha terminado este cuestionario: h m

Duración de la entrevista: minutos

Farmacéutico:

1. DATOS DEL PACIENTE

Hombre Mujer

Fecha de nacimiento:/...../.....

Nivel de formación:

Sin estudios Primaria Secundaria

Bachiller Auxiliar-Técnica Universitaria

Ocupación:

.....

Estado civil:

Soltero Casado (con pareja) Separado o divorciado Viudo

2. PATOLOGÍAS

Enfermedades que reconoce el paciente **SI**, si reconoce, o **NO**, si no reconoce.

Enfermedad o afección	Desde cuando conoce que la padece				
	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Hipertensión arterial	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Dislipemia	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Diabetes tipo 2	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Algún evento CV (IAM, angina de pecho, ictus...)	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Arritmias cardíacas	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Insuficiencia cardíaca	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Enfermedad arterial periférica	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Artritis	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Artrosis	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Otras enfermedades reumáticas	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
Osteoporosis	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
HBP	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años
	<6 meses	6-12 meses	1-5 años	5-10 años	> 10 años

¿Tiene otras patologías? NO SI

Registrar otras patologías que el paciente reconoce que sufre:

.....

¿ALGÚN FAMILIAR padece o ha padecido la enfermedad que usted tiene?

Padre			
Madre			
Hermano/Hermana			
Hijo/Hija			

Teléfono:.....Correo electrónico:.....

3. HÁBITOS HIGIÉNICO-SANITARIOS

Seguro de Salud (Cobertura):	
Centro de Salud:	Médico de Cabecera (tel)
Clínica - Hospital	Médico especialista (tel)

ACTIVIDAD FÍSICA

¿Hace ejercicio físico regularmente? (Ejemplo: ir al gimnasio con horario marcado)

No Sí

Si sí. ¿Qué ejercicio físico?

Si sí, ¿Cuántas veces por semana?

¿Cuántos días camina por semana? **Días por semana** **No camina**

¿Cuánto tiempo emplea caminando? **Horas:** **Minutos:**

CONSUMO DE ALCOHOL

¿Suele beber cerveza o vino?

No (He dejado de beber) Sí No consumo alcohol

Si SÍ:

¿Suele beber en las comidas?

¿Todos los días?

¿Cuántas veces?

¿Los fines de semana?

¿Qué bebidas consume?

CONSUMO DE TABACO

¿Actualmente fuma?

1. No (he dejado de fumar) 2. Sí 3. Nunca he fumado

¿Cuándo fue la última vez que fumó por lo menos un cigarrillo diariamente?

1. Menos de 1 mes 2. Entre 1 y 6 meses 3. Entre 6 y 12 meses

4. Un año y más 5. No recuerdo/No estoy seguro

..... años.

Fumador

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

0-1 paquete/diario >1 paquete/diario

..... CIGARRILLOS

¿Algún profesional de la salud le ha aconsejado que deje de fumar?

1. Sí, en alguna (s) ocasión (es) 4. No

2. Sí, siempre me aconsejó 5. No estoy seguro

3. De qué profesional recibió el consejo?

¿Ha intentado alguna vez dejar de fumar? No Sí

Si sí: ¿Cuantos veces ha intentado dejar de fumar?:

¿Piensa dejar de fumar?

1. No 2. Sí 3. No recuerdo/No estoy seguro

¿En cuántos meses a partir de ahora espera conseguirlo? meses.

4. CONTROL DE PESO

¿Alguna vez un médico, enfermero u otro profesional sanitario le ha dicho que tiene sobrepeso, que está obeso o que pesa más de lo que debiera?

No Sí

¿Está usted en estos momentos tratando de bajar o perder peso? No Sí

¿Cuánto cree usted que debería pesar?: Peso en kgNo estoy seguro

¿Cuánto le gustaría pesar?: Peso en kgNo estoy seguro

Cuánto mide?: Medirlo:..... m. Cuánto pesa?: Pesarlo: kg.

Según su peso, usted se considera que tiene o está:

- a. Peso bajo
- b. Peso normal
- c. Sobrepeso
- d. Obeso
- e. No sabe

IMC Circunferencia cintura CC

5. DIETAS Y HÁBITOS ALIMENTARIOS

¿Hace algún tipo de dieta? No Sí

¿Si Sí, la dieta fue instituida por un profesional de salud? No Sí

¿Qué profesional?

Médico Farmacéutico Enfermero Dietista

Otro ¿Cuál?

¿Hace alguna restricción en su alimentación?

No Sí

¿Si sí, Cual?

Restricción de hidratos de carbono (patata, arroz, etc.) No Sí

Restricción de azúcar (dosis) No Sí

Restricción de sal No Sí

Restricción de grasa No Sí

Restricción de cafeína No Sí

¿Cuántas tazas de café toma?

< 2 tazas por día 2-6 tazas por día

¿Toma descafeinado?

> 6 tazas por día

¿Le agrega o le pone sal a los alimentos una vez que están cocinados?

1. No, nunca

2. Sí, cuando noto que le falta

3. Sí, siempre o casi siempre

¿Cuantas raciones cree que debería consumir?

Alimentos fritos	1	2	3	4	5	/ semana
Legumbres/ ensaladas	1	2	3	4	5	/ día o / semana
Frutas	1	2	3	4	5	/ día

6. REGISTRO DE PARÁMETROS ANALÍTICOS

Anotar los valores que presente el paciente del último control (máximo 6 meses)

Determinar PA

Determinar glicemia capilar

Determinar otros parámetros bioquímicos vía seca (si posible)

7. FARMACOTERAPIA DEL PACIENTE

Principio activo	Grupo Terapéutico	Indicación	Dosis	Pauta posológica	Fecha de inicio del tratamiento	Fecha de finalización del tratamiento