Q1A_EM-SFC_SQM_piloto

Formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de EM-SFC y SQM en la Comunidad de Madrid

Bienvenido/a al formulario de despistaje para el estudio de prevalencia de sospecha diagnóstica de Encefalomielitis Miálgica-Síndrome de Fatiga Crónica y Sensibilidad Química Múltiple en la Comunidad de Madrid.

El objetivo del mismo es descartar que usted pueda estar afectado/a por una de estas dos enfermedades. El formulario está formado por tres secciones:

1. Cuestiones sociodemográficas.
2. Preguntas de despistaje para EM-SFC.
3. Preguntas de despistaje para SQM (Cuestionario BREESI).

La cumplimentación del formulario supone menos de 5 minutos.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Hay 20 preguntas en el formulario.

Cuestiones sociodemográficas

Datos sociodemográficos del/de la paciente que responde al formulario.

Indique aquí el código 1 que se le ha proporcionado por correo electrónico (8 dígitos, comienza por 100):

*

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Indique aquí el código 2 que se le ha proporcionado por correo electrónico (entre 1 y 4 dígitos): *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Fecha de nacimiento *

Por favor, introduzca una fecha:

Sexo *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ Varón
- ◯ Mujer
- ◯ Otro
- ◯ Prefiero no contestar

Nivel educativo *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ Sin estudios
- ◯ Estudios primarios
- ◯ Estudios secundarios / Formación profesional
- ◯ Estudios universitarios
- ◯ Prefiero no contestar

¿Cuál es el máximo nivel educativo que ha alcanzado?

Estado civil *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ Casado/a o viviendo en pareja
- ◯ Separado/a o divorciado/a
- ◯ Soltero/a
- ◯ Viudo/a
- ◯ Prefiero no contestar

Indique su estado civil actual.

Situación laboral *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ Desempleado/a
- ◯ Empleado/a
- ◯ Jubilado/a
- ◯ Trabajo doméstico no remunerado
- ◯ Otro
- ◯ Prefiero no contestar

¿Cuál es su situación laboral actual?

¿Cuáles son sus ingresos mensuales netos? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ No tengo ninguna fuente de ingresos
- ◯ 500 € o menos
- ◯ 501-1000 €
- ◯ 1001-2000 €
- ◯ 2001-3000 €
- ◯ Más de 3000 €
- ◯ Prefiero no contestar

Se refiere a sus ingresos individuales, NO a los de otros miembros de su unidad familiar.

¿Cuántas personas componen su unidad familiar? *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Se refiere a todas las personas que viven en su domicilio, incluida usted.

Aproximadamente, ¿cuáles son los ingresos mensuales netos de su unidad familiar? *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

€

Se refiere a la suma de ingresos al mes de TODOS los miembros de su unidad familiar.

Despistaje EM-SFC

¿Presenta fatiga intensa desde hace 6 meses o más? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ Sí
- ◯ No

¿Ha sido diagnosticado/a de Encefalomielitis Miálgica-Síndrome de Fatiga Crónica? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- ◯ Sí
- ◯ No

Despistaje SQM (BREESI)

¿Se siente mal cuando se expone al humo de tabaco, a determinadas fragancias, al esmalte-quitaesmalte de uñas, a los gases de los tubos de escape de los vehículos, a la gasolina, a los ambientadores, a los pesticidas, a la pintura-disolvente, al alquitrán fresco-asfalto, a los productos de limpieza, a las alfombras o mobiliario nuevos?

*

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

◯ Sí

◯ No

Por "sentirse mal" se entiende: dolor de cabeza, dificultad para pensar, dificultad para respirar, debilidad, mareo, molestias digestivas, etc.

¿No tolera o tiene reacciones adversas o alérgicas a algunos fármacos o medicamentos (como puedan ser antibióticos, anestésicos, analgésicos, medios de contraste para rayos X, vacunas, o anticonceptivos), o a un implante, una prótesis, un dispositivo o sustancia química contraceptiva, u otro material o procedimiento sanitario/quirúrgico/odontológico?

*

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

◯ Sí

◯ No

¿No tolera o tiene reacciones adversas a algunos alimentos como puedan ser productos lácteos, trigo, maíz, huevos, cafeína, bebidas alcohólicas, o aditivos alimentarios (por ejemplo, al glutamato monosódico o a colorantes alimentarios? *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

◯ Sí
◯ No

Datos de contacto del /de la paciente

Usted ha contestado de forma afirmativa a alguna de las preguntas que pueden ser indicativas de EM-SFC o SQM.

Indique a continuación sus datos personales para que un miembro del equipo de investigación pueda ponerse en contacto con usted. En un plazo aproximado de 10 días recibirá un correo electrónico en el que se le facilitará el enlace a un formulario más completo para confirmar si existe la posibilidad de que pudiera padecer alguna de estas dos enfermedades. No se asuste, las preguntas a las que ha contestado son muy generales, por lo que lo más probable es que el resultado sea negativo.

No contacte de nuevo con su Centro de Salud. Ninguna de estas enfermedades supone una urgencia médica, el equipo de investigación se pondrá en contacto con usted y le indicará los pasos a seguir.

¡Muchas gracias!

Nombre y apellidos *

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

Nombre

Apellido 1

Apellido 2 (opcional)

Correo electrónico *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Repita su correo electrónico *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Número de teléfono *

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Despistaje negativo

Ha contestado de forma negativa a todas las preguntas de despistaje de EM-SFC y SQM, esto es indicativo de que **usted no padece ninguna de estas dos enfermedades**.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Finalizar formulario. *

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

◯ Finalizar formulario

Su participación ha sido fundamental para nuestro estudio.

¡Muchas gracias!

Enviar su formulario.
Gracias por completar esta encuesta.