



www.aofeclinics.nl/es/

Cuestionario

Prótesis de Clic QTFA/AQLP

Nombre

Género

Apellido

Fecha de

nacimiento

Cuestionario

Prótesis de Clic QTFA/AQLP

Puntuación de uso de la prótesis

En promedio, ¿cuántos días a la semana usa la prótesis?

¿Cuántas horas al día usa la prótesis en promedio?

Puntuación de movilidad con la prótesis

¿Qué tipo de ayuda para caminar usa normalmente en casa cuando lleva la prótesis?

¿Qué tipo de ayuda para caminar usa normalmente fuera de casa cuando lleva la prótesis?

¿Puede realizar las siguientes actividades mientras usa la prótesis, posiblemente con la ayuda de un soporte para caminar? Si no lo sabe, puede intentarlo ahora.

	Sí	No	No intentado
Subir y bajar escaleras sin pasamanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Correr cuesta arriba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar cuesta abajo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar sobre terreno irregular, senderos de bosque o campos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar rápido durante una distancia de 50 metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar llevando una bolsa de compras o una maleta pequeña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estar de pie durante 10–15 minutos sin apoyo y sin dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar por la habitación llevando algo con ambas manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse cómodamente en una silla baja o en el asiento trasero de un coche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mientras está sentado, inclinarse hacia adelante para atarse los cordones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse fácilmente en el suelo y volver a levantarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Montar en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario

Prótesis de Clic QTFA/AQLP

Durante los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha utilizado su prótesis para caminar las distancias indicadas a continuación sin interrupción? (una respuesta por distancia)

	Diariamente	Varias veces por semana	Una vez por semana	Menos de una vez por semana	Nunca
50 metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
200 metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
500 metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 kilómetros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 kilómetros o más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación de problemas

¿Ha tenido molestias por uno o más de los siguientes problemas durante las últimas cuatro semanas?

¿Puede indicar cuánto le molestó cada problema y en qué medida afectó a su calidad de vida? Para cada uno, indique una puntuación del 0 al 4 tanto para la intensidad del problema como para su impacto en su calidad de vida.

Introduzca los siguientes valores en los campos:

0 = Ninguno 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Bastante 4 = Grave

	Problema	Influencia en la calidad de vida
¿Ha tenido dolor fantasma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dolor en el muñón sin usar la prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dolor de espalda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dolor en el hombro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dolor en la otra pierna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le ha molestado el aspecto de su muñón?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dificultades para llegar a otras personas sin la prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dificultades para usar el transporte público?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dificultades para visitar lugares públicos como el cine o un museo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario

Prótesis de Clic QTFA/AQLP

Introduzca los siguientes valores en los campos:

0 = Ninguno 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Bastante 4 = Grave

	Problema	Influencia en la calidad de vida
¿Ha tenido problemas al tener las manos ocupadas mientras caminaba con una ayuda para caminar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha sentido dolor en el muñón mientras estaba de pie o caminando?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo dificultades para ponerse o quitarse la prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Alguna vez ha sentido que la prótesis no estaba bien ajustada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Le han molestado los ruidos de la prótesis o del mecanismo de clic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La prótesis le ha hecho sentir incómodo al sentarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La prótesis le ha dificultado sentarse en el inodoro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La prótesis le ha causado ampollas, rozaduras o irritación en la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo dificultades para mantener el muñón higiénicamente limpio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su prótesis ha provocado desgaste en su ropa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo dificultades para manejar o controlar su prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido dificultades para caminar rápido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido problemas para caminar en el bosque o por el campo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene problemas con su forma de caminar (cojear, inestabilidad)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tuvo problemas para percibir el tipo de superficie sobre la que estaba parado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se le cansa el muñón al caminar con la prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario Prótesis de Clic QTFA/AQLP

Introduzca los siguientes valores en los campos:

0 = Ninguno 1 = Leve 2 = Moderado 3 = Bastante 4 = Grave

	Problema	Influencia en la calidad de vida
¿Le ha molestado que la prótesis se sienta pesada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se ha visto obligado a no usar la prótesis en absoluto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha tenido problemas con la apariencia de su prótesis (color, forma, material)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufrió de un muñón muy caliente y sudoroso en verano al usar la prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sufrió de un muñón frío en invierno al usar la prótesis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación global

¿Cómo describiría su nivel de funcionamiento con su prótesis actual?

¿Cómo describiría los problemas que está teniendo con su prótesis actual?

¿Cómo describiría su estado general como persona amputada?

AQLP (Preguntas adicionales al cuestionario QTFA)

¿Cuál es la distancia más larga que ha caminado sin parar con su prótesis en el último mes?

Cuestionario

Prótesis de Clic QTFA/AQLP

Por favor, responda a cada pregunta indicando en qué medida este problema afecta normalmente su calidad de vida.

	Ninguna reducción	Reducción leve	Reducción moderada	Reducción significativa	Reducción muy grave
Dolor en el muñón causado por la prótesis al estar de pie o caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas para ponerme o quitarme la prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desprendimiento inesperado de la prótesis, por ejemplo al caminar o sentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución del confort al sentarse con la prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cutáneos en el muñón causados por la prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas generales de funcionamiento con mi prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con el uso de la prótesis debido al calor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caídas causadas por mi prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas al subir o bajar escaleras con la prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas al subir o bajar una pendiente con la prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>