



## **EORTC QLQ - H&N43**

Los pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor, indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada. Por favor, responda rodeando con un círculo el número que mejor describa su caso.

| <b>Durante la semana pasada:</b>                                                                   | <b>En<br/>absoluto</b> | <b>Un<br/>poco</b> | <b>Bastante</b> | <b>Mucho</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|-----------------|--------------|
| 31. ¿Ha sentido algún dolor en la boca?                                                            | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 32. ¿Ha sentido algún dolor en la mandíbula ?                                                      | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 33. ¿Ha tenido alguna molestia en la boca?                                                         | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 34. ¿Ha tenido algún dolor en la garganta?                                                         | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 35. ¿Ha tenido problemas al tragar líquidos?                                                       | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 36. ¿Ha tenido problemas al tragar alimentos en puré?                                              | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 37. ¿Ha tenido problemas al tragar alimentos sólidos?                                              | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 38. ¿Se ha atragantado al tragar?                                                                  | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 39. ¿Ha tenido problemas con sus dientes?                                                          |                        |                    |                 |              |
| 40. ¿Ha tenido problemas por la pérdida de algún diente?                                           | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 41. ¿Ha tenido problemas al abrir mucho su boca?                                                   | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 42. ¿Ha tenido la boca seca?                                                                       | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 43. ¿Ha tenido la saliva pegajosa?                                                                 | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 44. ¿Ha tenido problemas con su sentido del olfato?                                                | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 45. ¿Ha tenido problemas con el sentido del gusto?                                                 | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 46. ¿Ha tenido problemas al toser?                                                                 | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 47. ¿Ha tenido problemas de ronquera?                                                              | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 48. ¿Ha tenido problemas con su aspecto?                                                           | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 49. ¿Se ha sentido menos atractiva/o físicamente como consecuencia de su enfermedad o tratamiento? | 1                      | 2                  | 3               | 4            |

Por favor, continúe en la página siguiente

**Durante la semana pasada:**

|                                                                                  | <b>En<br/>Absoluto</b> | <b>Un<br/>poco</b> | <b>Bastante</b> | <b>Mucho</b> |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|-----------------|--------------|
| 50. ¿Se ha sentido a disgusto con su propio cuerpo?                              | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 51. ¿Ha tenido problemas al comer?                                               | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 52. ¿Ha tenido problemas al comer delante de su familia?                         | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 53. ¿Ha tenido problemas al comer delante de otras personas?                     | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 54. ¿Ha tenido problemas al disfrutar de sus comidas?                            | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 55. ¿Ha tenido problemas al hablar con otras personas?                           | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 56. ¿Ha tenido problemas al hablar por teléfono?                                 | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 57. ¿Ha tenido problemas para hablar en un entorno ruidoso?                      | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 58. ¿Ha tenido problemas para hablar con claridad?                               | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 59. ¿Ha tenido problemas al salir en público?                                    | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 60. ¿Ha sentido menos interés en el sexo?                                        | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 61. ¿Ha disfrutado menos con sus relaciones sexuales?                            | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 62. ¿Ha tenido problemas para levantar el brazo o moverlo a los lados?           | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 63. ¿Ha tenido dolor en el hombro?                                               | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 64. ¿Ha tenido inflamación en el cuello?                                         | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 65. ¿Ha tenido problemas de piel (p. ej.: picor, sequedad, etc.)?                | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 66. ¿Ha tenido algún sarpullido?                                                 | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 67. ¿Ha cambiado el color de su piel?                                            | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 68. ¿Ha estado preocupado/a por tener un peso demasiado bajo?                    | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 69. ¿Ha estado preocupado/a por los resultados de los reconocimientos y pruebas? | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 70. ¿Ha estado preocupado/a por su salud futura?                                 | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 71. ¿Ha tenido problemas de cicatrización de las heridas?                        | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 72. ¿Ha tenido entumecimiento o sensación de hormigueo en las manos o pies?      | 1                      | 2                  | 3               | 4            |
| 73. ¿Ha tenido problemas para masticar?                                          | 1                      | 2                  | 3               | 4            |