

EVALUACION PREOPERATORIA

¿Qué debería saber su médico en lo que respecta a su hernia para brindarle una buena atención?

Responda a cada punto marcando un casillero por fila.

En los últimos 7 días :	<u>Sin dolor</u>	<u>Leve</u>	<u>Moderado</u>	<u>Intenso</u>	<u>Muy intenso</u>
¿Qué intensidad tuvo su peor dolor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Qué intensidad tuvo su dolor en general?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
¿Qué nivel de dolor tiene ahora?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Totalmente en desacuerdo
Parcialmente en desacuerdo
Levemente en desacuerdo
Levemente de acuerdo
Parcialmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo

En las siguientes afirmaciones, marque con un circulo el numero más adecuado para usted.

1. La pared abdominal afecta enormemente mi salud.	1	2	3	4	5	6
2. La pared abdominal me ocasiona dolor físico.	1	2	3	4	5	6
3. La pared abdominal representa un obstáculo cuando realizo actividades enérgicas, p. ej. levantar peso.	1	2	3	4	5	6
4. La pared abdominal representa un obstáculo cuando realizo actividades moderadas, p. ej. jugar a los bolos, agacharme.	1	2	3	4	5	6
5. La pared abdominal representa un obstáculo cuando camino o subo escaleras.	1	2	3	4	5	6
6. La pared abdominal representa un obstáculo cuando me visto, me ducho y cocino.	1	2	3	4	5	6
7. La pared abdominal obstaculiza mi actividad sexual.	1	2	3	4	5	6
8. Me quedo en casa con frecuencia debido a la pared abdominal .	1	2	3	4	5	6
9. Realizo menos tareas en el hogar debido a la pared abdominal .	1	2	3	4	5	6
10. Realizo menos tareas en el trabajo debido a la pared abdominal .	1	2	3	4	5	6
11. La pared abdominal afecta cómo me siento a diario.	1	2	3	4	5	6
12. Con frecuencia estoy deprimido debido a la pared abdominal .	1	2	3	4	5	6

Responda las 9 preguntas siguientes de las 3 áreas principales:

1. Dolor en la zona de la hernia
2. Limitaciones de actividades debido al dolor o la molestia
3. Molestia estética

Marque el número que corresponda con su estado actual.

Respectivamente, califique con 0 (sin dolor, sin limitaciones y esteticamente agradable) para las mejores condiciones y con 10 para el peor estado (el peor dolor, limitacion total y esteticamente desagradable). Si no realiza algun de estas actividades sobre las que se pregunta, marque con una X en la última columna.

1. Dolor en la zona de la hernia												
	0 = sin dolor					10 = peor dolor imaginable						
Dolor en reposo (acostado)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dolor durante actividades (caminar, andar en bicicleta, practicar deportes)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Dolor que sintió la última semana	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
2. Limitaciones de actividades debido a dolor o molestia en la zona de la hernia												
	0 = sin limitaciones					10 = limitación total						
Limitación en las actividades cotidianas (dentro del hogar)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
Limitación fuera del hogar (caminar, andar en bicicleta, conducir)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
Limitación al practicar deportes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
Limitación durante tareas intensas	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	X
	X = Si no realiza esta actividad											
3. Molestia estética												
	0 = muy agradable					10 = extremadamente desagradable						
Forma del abdomen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Zona de la hernia y cicatriz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	