

Clínica:

Nº de identificación del Paciente:

Catquest-9SF

Cuestionario 2

Nombre: _____

Apellidos: Dirección: _____

CIUDAD:

Provincia:

Código Postal: _____

El objetivo de este cuestionario es establecer las dificultades que encuentra en su vida diaria debido a sus problemas de visión.

Para que podamos desarrollar nuestra asistencia sanitaria lo mejor posible, rogamos que conteste a este cuestionario con sinceridad. El cuestionario contiene preguntas sobre las dificultades que encuentra, debido a sus problemas visuales, a la hora de realizar algunas actividades en su vida cotidiana. Si utiliza gafas para ver de lejos y/o de cerca, las preguntas se refieren a lo que siente cuando las lleva puestas.

Le agradecemos que cumplimentase este cuestionario antes de la operación de cataratas. Ahora queremos hacer las mismas preguntas después de su cirugía.

Las preguntas de este cuestionario (Cuestionario 2) han de aplicarse a su experiencia durante las últimas 4 semanas.

Cuando conteste a las preguntas de la página siguiente, intente pensar sólo en las dificultades que su visión puede estar causándole. Comprendemos que puede resultar difícil identificar sólo lo que de su visión percibe, si también sufre de otros problemas como dolores en las articulaciones o mareos, por ejemplo. Le pedimos también que intente responder sobre el grado de importancia que tiene su visión para usted, en relación a su capacidad para realizar las siguientes actividades.

Cuando pidamos que valore sus dificultades, ofreceremos tres opciones de respuesta: **mucha dificultad**, **bastante dificultad** y **alguna dificultad**. Cada persona responderá de forma diferente. Trate de imaginar las tres opciones de respuesta como tres partes de una escala de igual tamaño, comenzando desde la máxima dificultad hasta la mínima dificultad causada por su visión cuando realiza varias actividades.

Observe este ejemplo de cómo visualizamos la escala con las tres diferentes opciones de respuesta:

Máxima _____ / _____ / _____ Mínima
Mucha bastante algunas
dificultad dificultad dificultades

A. Considera que su visión actual le causa de alguna manera dificultades en su vida diaria?

Sí, muchas dificultades	Sí, bastantes dificultades	Sí, algunas dificultades	no, ninguna dificultad	no puede decidir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Está satisfecho o insatisfecho con su visión actual?

muy insatisfecho	bastante insatisfecho	bastante satisfecho	muy satisfecho	no puede decidir
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Tiene dificultades cuando realiza las siguientes actividades a causa de su visión?

Si es así, con qué intensidad? Marque sólo una casilla por fila con la opción que más se corresponda a su situación.

	Sí, muchas dificultades	Sí, bastantes dificultades	Sí, algunas dificultades	no, ninguna dificultad	no puede decidir
Leer los textos de los Periódicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reconocer las caras De la gente que Conoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ver los precios

De las cosas

Cuando va a comprar

Caminar por

Superficies irregulares

Por ejemplo: calzada

Con adoquines

Realizar trabajos

manuales

Por ejemplo:

trabajos de

carpintería

Leer subtítulos

En la televisión

Cuando realiza

Alguna actividad/hobby

En la que está interesado

Muchas gracias por su colaboración.