Cuestionario de seguimiento de salud y bienestar con respecto a la COVID-19

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE

# La pregunta que nos planteamos

Este cuestionario va dirigido a personas como usted que han padecido o que padecen actualmente la Covid-19. Nos gustaría obtener su ayuda para responder a una pregunta que nos planteamos y que también puede que se plantee usted: «¿Qué implicaciones tiene la Covid-19 para mi salud y bienestar a largo plazo?»

# De qué forma puede ayudar

Esta enfermedad es nueva. Su participación en este breve cuestionario significa que puede ayudarnos a describir mejor los cuidados y la ayuda necesarios después de la Covid-19. En la medida de lo posible, no queremos que nadie se quede atrás. Pretendemos que cualquier persona que haya padecido la Covid-19 tenga la oportunidad de participar, tanto si ha recibido tratamiento en el hospital como en casa. No sabemos la duración de los síntomas de la gente, de modo que, para averiguarlo, nos gustaría que volviese a realizar el cuestionario dentro de tres a seis meses.

# Realización del cuestionario

La Covid-19 afecta a las personas de distinta manera, por lo que debemos abordar distintas cuestiones en nuestro cuestionario. No se preocupe si ciertas preguntas le resultan pertinentes. Si cree que no puede responder a alguna, pase a la siguiente. Del mismo modo, si el cuestionario destaca problemas que no ha tenido la oportunidad de subsanar, cuídese y plantéeselos a un profesional sanitario. También puede recibir asesoramiento en: **(incluir sitio web de información sanitaria local)**

# Protección de su información

En este cuestionario de seguimiento de investigación utilizaremos información sobre usted. Solo utilizaremos los datos que necesitemos para el estudio de investigación. Revelaremos su nombre y datos de contacto a muy pocas personas y solo en caso de verdadera necesidad de conocimiento para este estudio. Todas las personas implicadas en este estudio mantendrán sus datos seguros y protegidos. También respetaremos todas las normas de privacidad.

Nos aseguraremos de que nadie pueda averiguar su identidad en ningún informe. Sus respuestas solo se utilizarán de forma anónima, por ejemplo, en síntesis de informes o publicaciones científicas divulgativas para profesionales sanitarios. Siga leyendo para obtener más información sobre la política de privacidad en nuestro sitio web (añadir el enlace al sitio web de ISARIC o el sitio web local) donde también se puede descargar la versión en línea o realizar copias físicas de este documento.

# Nuestro agradecimiento hacia usted y oferta

Le agradecemos su ayuda para dar respuesta a esta importante pregunta que todos nos planteamos ahora mismo. Una vez que haya completado el cuestionario, también nos gustaría brindarle la oportunidad de contarnos más a través de una consulta con un profesional de la enfermería. No podremos ofrecérselo a todo el mundo, pero si desea que le incluyamos, rellene sus datos de contacto al final del cuestionario.

FECHA DEL CUESTIONARIO (a rellenar por el equipo antes de enviar o administrar el cuestionario): 3m[ ]6m[ ]9m[ ]12m[ ]15m[ ]18m[ ]

# Su autorización para continuar

Gracias por haber llegado hasta aquí. Ahora, para participar, lea las siguientes afirmaciones y escriba sus iniciales en las casillas si desea continuar.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ESCRIBA SUS INICIALES JUNTO A CADA AFIRMACIÓN CON LA QUE ESTÉ DE ACUERDO: | *Iniciales:* | |
| Doy mi consentimiento para que la información que facilito en este cuestionario se utilice para los fines indicados. |  |  |
| Me gustaría continuar y recibir el cuestionario por correo electrónico o correo postal o que se pongan en contacto conmigo para un seguimiento telefónico cada 3 o 6 meses durante un periodo máximo de tres años tras haber padecido la Covid-19.  En caso afirmativo, anote sus datos de contacto aquí:  Correo electrónico: Número de teléfono móvil: Número de teléfono fijo: | SÍ | NO |
|  |  |
| Me gustaría tener la posibilidad de que se ponga en contacto conmigo un profesional de la enfermería, médico o investigador para seguir hablando de mi enfermedad Covid-19.  En caso afirmativo, anote sus datos de contacto aquí:  Teléfono: Teléfono móvil: | SÍ | NO |
|  |  |
| Acerca de usted (si está realizando este cuestionario en nombre de  un menor de edad o adulto a su cargo, indique los datos de esta persona)  Firma del paciente / adulto / cuidador **Nombre del paciente: Apellido: Población: Código postal:** | | |

# ID del hospital local: