

27 de noviembre de 2023

«First_Name» «Last_Name»
«Current_address_line1» «Current_address_line2»
«City», «State» «Zip_code»

Estimado/a «First_Name» «Last_Name»:

Le agradecemos por tomarse el tiempo de hablar con nosotros sobre su salud, como parte de nuestro estudio continuo.

Cuando sea conveniente para usted, por favor llene el (los) siguiente(s) documento(s):
(Los documentos incluidos en esta carta se indican a continuación)

Cuestionario de seguimiento LEO (6, 18, 30 y 36 meses)

Cuando haya completado el (los) cuestionario(s), por favor devuélvalo(s) en el (los) sobre(s) adjunto(s) con porte pagado.

Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial y no formará parte de su expediente médico. Si en algún momento usted tuviese preguntas respecto a este estudio, por favor no dude en comunicarse al 1-800-610-7093.

Reciba nuestro agradecimiento, porque apreciamos mucho su participación.

Atentamente,

El equipo de investigación sobre el linfoma





Epidemiología del linfoma y resultados (LEO): cuestionario de seguimiento

****Por favor responda en base a lo que haya ocurrido desde el último seguimiento (fecha)****

ESTA PÁGINA
QUEDA EN BLANCO
A PROPÓSITO

«LEO_ID»

«Local_ID_»

TIMEPOINT: «Time_Point»



Epidemiología del linfoma y resultados (LEO): cuestionario de seguimiento

****Por favor responda en base a lo que haya ocurrido desde el último seguimiento (fecha)****

Fecha en la que se completa el formulario	____/____/____ (mes/día/año)
¿Cuánto pesa actualmente?	_____ libras
¿Ha recibido nuevo tratamiento para el linfoma?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) Nombre de la clínica u hospital donde recibió tratamiento:
¿Ha sufrido una recaída o ha avanzado la enfermedad?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) Nombre de la clínica u hospital donde se detectó la recaída o el avance de la enfermedad:
¿Le han hecho una tomografía computarizada o una exploración por PET para evaluar el estado del linfoma?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) Nombre de la clínica u hospital donde se hizo el examen:
¿Le han diagnosticado otro tipo de cáncer?	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) Nombre de la clínica u hospital donde se diagnosticó el cáncer:
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cardiopatía coronaria o ataque cardíaco (incluye estent) <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Enfermedad del pericardio o miocardiopatía <input type="checkbox"/> Enfermedad de las válvulas cardíacas <input type="checkbox"/> Problemas con el ritmo cardíaco (arritmias o fibrilación auricular) <input type="checkbox"/> Otras enfermedades cardíacas
Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Diabetes	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione abajo el tipo) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Tipo desconocido
Enfermedad respiratoria	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Hepatitis	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> No lo sé

«LEO_ID»

«Local_ID_»

TIMEPOINT: «Time_Point»

Otros problemas del hígado	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Cirrosis <input type="checkbox"/> Enfermedad no alcohólica del hígado
Problemas digestivos	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Úlcera <input type="checkbox"/> Colitis
Sinusitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Herpes zóster	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Osteoporosis (huesos frágiles)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Fractura de cadera (rotura de cadera)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Otras fracturas de huesos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Menopausia prematura	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No aplica
Infertilidad	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o vio a un proveedor de atención médica debido a depresión?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o vio a un proveedor de atención médica debido a ansiedad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tomó medicamentos o vio a un proveedor de atención médica debido a problemas con la memoria?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Coágulo sanguíneo	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (seleccione todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda (DVT), coágulo en (¿brazos?), piernas o abdomen <input type="checkbox"/> Embolia pulmonar (PE), coágulo en los pulmones
¿Toma actualmente algún anticoagulante? (Sin contar aspirina o Plavix)	<input type="checkbox"/> No (pase a la siguiente pregunta) <input type="checkbox"/> Sí (indique abajo el tipo) <input type="checkbox"/> Coumadin (Warfarin) <input type="checkbox"/> enoxaparina (Lovenox) <input type="checkbox"/> dabigatrán (Pradaxa) <input type="checkbox"/> apixabán (Eliquis) <input type="checkbox"/> rivaroxabán (Xarelto) <input type="checkbox"/> Heparina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No lo sé
¿Cuántas veces se ha caído en los últimos 6 meses?	_____ (cantidad de veces; si es cero, escriba 0)
¿Ha ingresado al hospital durante la noche en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (responda abajo) MOTIVO: <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Tratamiento para cáncer <input type="checkbox"/> Otro:

«LEO_ID»

«Local_ID_»

TIMEPOINT: «Time_Point»