



Reprinted with permission from FACIT.org and David Cella, Ph.D.

Permission to use this questionnaire must be obtained from FACIT.org (www.facit.org; information@facit.org).

Reproducido con el permiso de FACIT.org y del Dr. David Cella. Es necesario **solicitar un permiso de uso** para utilizar este cuestionario, a FACIT.org:

www.facit.org
information@facit.org

NCCN-FACT FOSI-18

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchí- simo	
D R S- P	GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
	GP4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
	GP6	Me siento enferma	0	1	2	3	4
	O3	Tengo retortijones (cólicos) en el área del estómago.....	0	1	2	3	4
	HI7	Me siento agotada.....	0	1	2	3	4
	Cx6	Me molesta el estreñimiento.....	0	1	2	3	4
	O1	Tengo hinchazón en el área del estómago.....	0	1	2	3	4
D R S- E	C3	Tengo control de mis deposiciones intestinales	0	1	2	3	4
	GF5	Duermo bien	0	1	2	3	4
	GE6	Me preocupa que mi enfermedad empeore ...	0	1	2	3	4
	GP2	Tengo náuseas	0	1	2	3	4
	B5	Me molesta la pérdida de pelo.....	0	1	2	3	4
	GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....	0	1	2	3	4
	O2	He estado vomitando	0	1	2	3	4
T S E	BMT15	Me molestan los problemas de la piel (sarpullido, comezón, picazón)	0	1	2	3	4
	BMT5	Soy capaz de desplazarme por mí misma.....	0	1	2	3	4
	GF3	Puedo disfrutar de la vida	0	1	2	3	4
	GF7	Estoy satisfecha con mi calidad de vida actual	0	1	2	3	4