

Riksstroke - seguimiento de 3 meses

Versión 24.1 Se utiliza para registrar a todos los pacientes que sufrieron un ACV grave desde 2024-01-01 en adelante.

Estos datos son rellenos por el personal sanitario en el Departamento de ACV

No. de identificación personal | | | | | | | - | | | | |

Nombre y apellido.....

Hospital informante | | | | | Departamento | | | | |

Fecha de seguimiento planificado para esta encuesta (año, mes, día) | | | | | | | | | |

La encuesta deberá rellensarse 3 meses después de sufrir el ACV

Instrucciones:

- **Puedes recibir ayuda para rellenas el formulario si lo necesitas.** Indica en la pregunta 1 quién o quiénes han contestado el formulario.
- Si quien contesta la encuesta no sabe la respuesta a la pregunta y la opción «No sabe» está sin rellenas, la pregunta quedará sin contestar.
- Si no has estado internado en un hospital, puedes dejar las preguntas sin contestar.
- Indica las respuestas con las que estás de acuerdo. Indica solo una respuesta por pregunta si no hay otra indicación.

Fecha en que fue rellenas el formulario | | | | | | | | | |

1. ¿Quién ha contestado esta encuesta?

- Yo solo y por escrito
- Yo con la ayuda de un pariente, allegado o alguien del personal sanitario
- Yo (el paciente) por teléfono
- Yo (el paciente) en una nueva visita al hospital/centro de salud
- Solo el personal sanitario
- Solo personas allegadas
- Otros

Residencia

2. ¿Dónde te encuentras ahora?

- Vivo en mi vivienda, sin asistencia domiciliaria, *hemtjänst* (la asistencia domiciliaria no es la asistencia médico-sanitaria a domicilio *-hemsjukvård-* o la asistencia avanzada médico-sanitaria a domicilio *-avancerad hemsjukvård*)
- Vivo en mi vivienda, con asistencia domiciliaria, *hemtjänst* (la asistencia domiciliaria no es la asistencia médico-sanitaria a domicilio *-hemsjukvård-* o la asistencia avanzada médico-sanitaria a domicilio *-avancerad hemsjukvård*)
- Vivienda especial (por ej. clínica *-sjukhem-*, residencia para personas mayores *-servicehus-*, residencia de estancia limitada *-korttidsboende-*, viviendas tuteladas para personas mayores *-gruppböende-*, lugar de transición entre la asistencia sanitaria y la asistencia a domicilio *-slussplats-*, estancia con intervalos entre una residencia y la casa *-växelboende-* o semejante)
- Hospital de urgencias (*Akutsjukhus*) (por ej. Medicina, Neurología, Clínica quirúrgica)
- Otros
- Clínica geriátrica o de rehabilitación

3. ¿Vives solo?

- Sí, vivo solo
- No, comparto la vivienda con mi cónyuge/pareja u otra persona, por ej., hermanos, hijos, padres.

Actividades de la vida cotidiana

4. ¿Estás plenamente recuperado después de tu ACV?

- Sí
- No
- No sabe

5. ¿Has podido volver a la vida y actividades que tenías antes del ACV?

- Sí, completamente
- Sí, pero no como antes
- No
- No sabe

6. ¿Cómo se encuentra tu movilidad en este momento?

- Puedo desplazarme tanto en ambiente interiores como exteriores sin la ayuda de otra persona
- Puedo desplazarme en ambientes interiores, pero necesito la ayuda de otra persona para desplazarme en ambientes exteriores.
- Recibo ayuda de otra persona al desplazarme en ambientes exteriores e interiores

7. ¿Alguien te ayuda cuando vas al baño?

- Cuando voy al baño me las arreglo solo
- Me ayudan cuando debo ir al baño

8. ¿Alguien te ayuda a vestirte y desvestirte?

- No necesito ayuda para vestirme o desvestirme
- Alguien me ayuda a vestirme y desvestirme

9. ¿Dependes de la asistencia o la ayuda en la actualidad?

- Sí, completamente
- Si, parcialmente
- No
- No sabe

10. ¿Puedes viajar por tus propios medios (por ejemplo, en coche, bicicleta, transporte público o el Servicio Municipal de Transporte para Personas con Discapacidad)?

- Sí
- Sí, en cierta medida, pero no como antes
- No
- No sabe

Problemas de salud relativos al ACV y la vida después del ACV

11. ¿Cómo evalúas tu estado general de salud?

- Muy bueno
- Bastante bueno
- Bastante malo
- Muy malo
- No sabe

12. Después de tu ACV, ¿te sientes más abatido, deprimido o angustiado?

- Sí
- No
- No sabe

13. Después de tu ACV, ¿sientes mayor cansancio y eso afecta tu capacidad para realizar actividades comunes?

- Sí
- No
- No sabe

14. ¿Has tenido algún nuevo tipo de dolor que puedas relacionar con tu ACV?

- Sí
- No
- No sabe

15. Después del ACV ¿te resulta más difícil pensar, concentrarte o recordar cosas?

- Sí
- No
- No sabe

SI RESPONDISTE SÍ a la pregunta 15, ¿esto afecta tu capacidad de realizar actividades cotidianas?

- Sí
- No
- No sabe

Experiencias e información de la asistencia sanitaria

16. ¿Has recibido consejos sobre cambios de estilo de vida relativos a la salud para evitar un nuevo ACV (por ej., consejos sobre ejercicios, la alimentación, el sueño, el estrés y dejar de fumar)?

- Sí
- No
- No sabe

17. ¿Fumas?

- Sí, fumo un cigarrillo o más todos los días
- No
- No sabe

18. ¿Te han propuesto dejar de fumar después del ACV?

- No fue necesario. No fumaba antes del ACV
- Sí
- No
- No sabe

19. ¿Consideras que tus necesidades de apoyo o ayuda de la asistencia médico-sanitaria o el municipio fueron satisfechas después de tu ACV?

- No las necesité/no quise apoyo o ayuda
- Sí, plenamente satisfechas
- Sí, parcialmente satisfechas
- No, de ninguna manera satisfechas
- No sabe

20. Durante la estancia en el hospital debido a tu ACV ¿cuán satisfecho o insatisfecho estás en relación con tu rehabilitación/entrenamiento?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Descontento
- Muy descontento
- No tuve necesidad de tratamiento o entrenamiento durante la estancia en el hospital
- Tuve necesidades, pero no he recibido rehabilitación o entrenamiento durante la estancia en el hospital
- No sabe

21. ¿Cuán satisfecho o insatisfecho estás con la rehabilitación o el entrenamiento después de que te dieron de alta en el hospital por tu ACV?

- Muy satisfecho
- Satisfecho
- Descontento
- Muy descontento
- No tuve necesidad de rehabilitación o entrenamiento después de la estancia en el hospital
- Tuve necesidades, pero no he tenido rehabilitación o entrenamiento después de la estancia en el hospital
- No sabe

Se entiende por rehabilitación o entrenamiento a los ejercicios para mejorar o mantener la capacidad de desenvolverte en tu vida cotidiana. (Por ejemplo, la movilidad, vestirse y desvestirse, ir al baño, la capacidad para hablar, leer y contar, la capacidad de concentración, preparar la comida, etc.)

¡Muchísimas gracias por tu participación!

¡Verifica si has contestado todas las preguntas! Envía este formulario en el sobre adjunto