

# EII-Control

Cuestionario para el control de la enfermedad inflamatoria intestinal

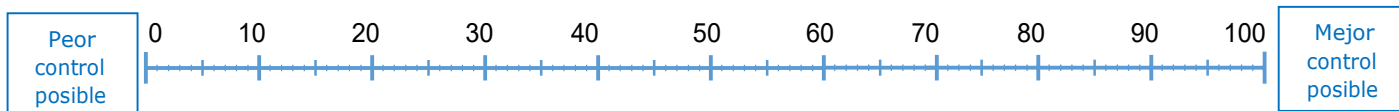
1	¿Usted considera que...	Sí	No	No estoy seguro
	a) ¿Su EII ha estado bien controlada en las dos últimas semanas?	2	0	1
	b) Su tratamiento actual es útil para controlar su EII	2	0	1
	<i>Si no ha tomado ningún tratamiento, marque esta casilla</i>			

2	Durante las últimas dos semanas, sus síntomas intestinales,	Mejor	Sin cambios	Peor
	¿Han mejorado, han empeorado, han empeorado o no han sufrido ningún cambio?			

3	En las últimas dos semanas, usted...	Sí	No	No estoy seguro
	a) ¿Ha dejado de hacer alguna actividad planeada por culpa de la EII? <i>(por ej. Acudir al trabajo, asistir a sus clases, actos sociales)</i>	0	2	1
	b) Se ha despertado por la noche por sus síntomas de EII?	0	2	1
	c) ¿Ha sufrido un dolor o malestar significativo?	0	2	1
	d) ¿Se ha sentido a menudo fatigado o sin fuerzas? <i>(por a menudo, nos referimos a más de la mitad del tiempo)</i>	0	2	1
	e) ¿Se ha sentido ansioso o deprimido como consecuencia de su EII?	0	2	1
	f) ¿Ha creído que necesitaba un cambio en su tratamiento?	0	2	1

4	En su próxima visita al médico, ¿qué temas le gustaría tratar?	Sí	No	No estoy seguro
	a) Tipos de medicamentos alternativos para controlar la EII			
	g) Formas de ajustar su propio tratamiento			
	h) Efectos secundarios asociados con el uso de sus medicamentos			
	i) Nuevos síntomas que han aparecido desde su última visita			

5	Finalmente, ¿cómo valoraría usted el control global de su EII durante las últimas dos semanas? <i>Utilice la siguiente escala de 0 (peor control posible) a 100 (mejor control posible) señalando con una línea vertical en la puntuación que corresponda</i>
---	--



La puntuación **IBD-Control-8** se basa en la suma de respuestas a ocho ítems (1a, 1b, 3a a 3f).  
A cada ítem se le asigna una puntuación de 0, 1 ó 2.  
La puntuación va desde 0 (peor control) a 16 (mejor control)