

ANEXOS

ANEXO I

WERF EPHeCt- FORMULARIO FENOTIPO CLÍNICO EN LA ENDOMETRIOSIS

Historia Menstrual y hormonas

A1. A qué edad tuvo la primera menstruación?

- | | | |
|---|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 8 años o menos | <input type="checkbox"/> 12 | <input type="checkbox"/> 16 |
| <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 17 años o más |
| <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> desconocido |
| <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> Todavía no han empezado los periodos, salte a la pregunta C1 |

A2. ¿Ha tenido algún periodo **en los últimos 3 meses**? (*nos referimos a sangrado que le haya hecho utilizar tampón o compresa, es decir, cantidad mayor que un manchado para el que es suficiente un salva-slip*)

- ☐ No ☐ Si

En caso de que NO haya tenido periodos en los últimos 3 meses:

A2.1. ¿Cuál es la razón de no haber tenido periodos?

- ☐ Toma o uso de hormonas de forma o pauta continua (*ejem. Píldora oral, inyecciones anticonceptivas, DIU-Mirena, Terapia hormonal sustitutiva-THS*)
 - ☐ Embarazo/lactancia
 - ☐ No estoy segura
 - ☐ Otros (*Por favor descríbalos*)
-

A2.2. ¿Aproximadamente cuantos periodos ha tenido en los **últimos 12 meses**? _____

A2.3. ¿Cuándo fue su último?

- ☐ hace 3-6 ☐ hace 7-12 ☐ hace más de 12 meses

Si ha tenido reglas en los últimos 3 meses, por favor responda a las siguientes preguntas sobre las reglas recientes.

A2.4. Los periodos de los últimos 3 meses, ¿fueron naturales o inducidos por tratamiento hormonal? (*ejem. Por píldora, inyecciones, DIU-Mirena o THS*)

- ☐ Natural ☐ Inducido por hormonas

A2.5. ¿Cuándo fue el primer día de la última regla (FUR)?

- ☐ FUR____/____/____ (DD/MM/AAA)
- ☐ No estoy segura

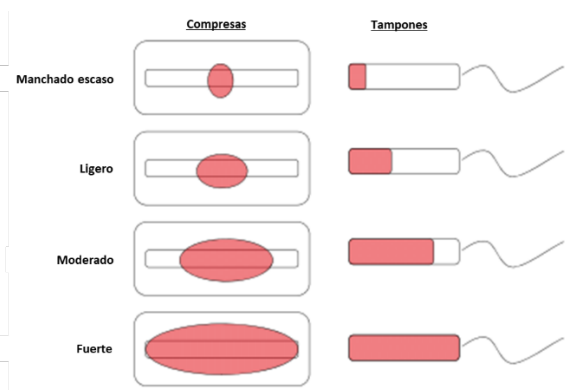
A2.6. Los periodos de los últimos 3 meses, ¿han sido regulares?

- ☐ extremadamente regulares (el periodo comienza 1-2 días antes o después de la fecha esperada)
- ☐ muy regular (el periodo comienza 3-4 días antes o después de lo esperado)
- ☐ regular (el periodo empieza 5-7 días antes o después de lo esperado)
- ☐ bastante irregular (el periodo comienza 8-20 días antes o después de lo esperado)
- ☐ irregular (el periodo comienza más de 20 días después o antes de lo esperado)

A2.7. ¿Cuántos días de sangrado tiene habitualmente en los **últimos 3 periodos**? (*No considerar manchado/spotting para los que sólo necesita salva-slip*)

_____ días o ☐ Demasiado irregular para poder decir un número

A2.8. Las figuras de abajo muestran ejemplos de la cantidad de sangrado que usted puede experimentar cada 4 horas durante sus periodos. Por favor, describa la cantidad de sangrado que experimenta cada 4 horas en el momento de más fuerza y como promedio.



En el momento de más intensidad

- ☐ Manchado escaso/spotting
☐ Ligero
☐ Moderado
☐ Fuerte

Como promedio

- ☐ manchado escaso/spotting
☐ Ligero
☐ Moderado
☐ Fuerte

A2.9. En los últimos 3 meses, ¿cuántos días pasaron entre el primer día de un periodo y el primer día del siguiente periodo, en promedio? (No incluir manchado)

- ☐ < 24 días
☐ 24-31 días
☐ 32-38 días
☐ 39-50 días
☐ > 51 días
☐ Demasiado irregular para realizar una estimación

A3. Enumere a continuación todas las hormonas que haya usado **alguna vez** por cualquier motivo (acné, dolores fuertes, períodos irregulares, anticoncepción, tratamientos de fertilidad). Para cada hormona utilizada, indique qué tipo de hormona era, utilizando el número indicado para las categorías referidas abajo. Indíquenos también la edad a la que utilizó por primera vez cada hormona y el tiempo total que la utilizó. Si no recuerda el nombre de la hormona que utilizó, por favor escriba "desconocido" en la primera columna.

- 1 = Píldora anticonceptiva combinada (por ejemplo, Loette, Yasmin, Sibilla)
 2 = Píldora anticonceptiva de progestágenos solo ("minipíldora", por ejemplo, Cerazet, Azalia)
 3 = No estoy seguro de qué tipo de píldora anticonceptiva oral
 4 = inyección de progestágenos (por ejemplo, Depo provera)
 5 = Anticonceptivos con parches transdérmicos (por ejemplo, Evra)
 6 = Anillo vaginal (Nuvaring)
 7 = Dispositivo intrauterino (DIU) que contiene progesterona (DIU-Mirena)
 8 = Implante subdérmico hormonal (Implanon, Jadelle)
 9 = Progestinas orales para regular el ciclo (por ejemplo, acetato de medroxiprogesterona [Progevera], didrogestrona [Duphaston], dienogest [Visannette], noretisterona)
 10 = Inyección de agonistas de GnRH (p. Ej., Acetato de leuprolilida [Prostap], goserelina [Zoladex]), triptorelina (Decapeptyl)
 11 = Acetato de noretindrona/noretisterona (Aygestin/Primolut-Nor)
 12 = Danazol (especifique si se usa por vía vaginal u oral)
 13 = Terapia de reemplazo hormonal (por ejemplo, Premarin, Activelle)
 14 = Otro
 15 = No sé qué tipo de hormona

Nombre del tratamiento hormonal	Tipo de hormonas (anote el número asociado con la categoría de arriba)	Edad de inicio	Uso en los últimos 3 meses	Tiempo total de uso	Si el tratamiento hormonal era inyectable, anote la fecha de la última inyección
Por ejemplo: Yasmin	1	18	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí meses 2 años/...../..... DD MM AAAA

1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

A4. ¿Alguna vez ha utilizado anticoncepción de emergencia?

☐ No

☐ Si → Si la respuesta es Sí: A4.1. ¿Ha usado anticoncepción de emergencia en los últimos 3 meses?

☐ No

☐ Si

A5. ¿Cuáles son/fueron sus razones para usar hormonas? (marque todo lo que corresponda):

☐ Control de la natalidad / prevención del embarazo

☐ Dolor pélvico o dolor con períodos. En caso afirmativo:

A5.1. ¿Mejoraron las hormonas el dolor? ☐ No ☐ Si

A5.2. ¿Alguna vez interrumpió o cambió las hormonas porque no eran lo suficientemente efectivas para controlar el dolor? ☐ No ☐ Si

☐ Períodos irregulares

☐ Períodos abundantes

☐ Acné

☐ Síndrome de ovario poliquístico (SOP)

☐ Quiste ovárico

☐ Otro (especifique):

A6. ¿Ha utilizado alguna vez un dispositivo intrauterino (DIU) no-hormonal? ☐ No ☐ Si

→ Si la respuesta es Si:

a qué edad uso por primera vez el DIU no-hormonal?

¿Ha utilizado un DIU no-hormonal en los últimos 3 meses? ☐ No ☐ Si

¿Durante cuánto tiempo ha utilizado el DIU no-hormonal?mesesaños

Embarazo y Fertilidad

B1. ¿Alguna vez ha estado embarazada? (confirmado con test de embarazo, incluyendo abortos, embarazos ectópicos o gestaciones interrumpidas) ☐ No ☐ Si , por favor complete la tabla

Número de embarazo	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º
Por favor, anote su edad en cada embarazo								
¿Qué tratamiento de fertilidad se utilizó para este embarazo?								
Embarazo espontáneo, sin tratamiento de fertilidad								
Embarazo con fármacos estimuladores de ovulación (clomifeno)								
Inseminación intrauterina								
Fecundación in vitro (FIV/ICSI)								
¿Cuál fue el resultado de este embarazo? (Marque todo lo que corresponda)								
Nacimiento de un bebé único								
Nacimiento de gemelos o trillizos								
Nacimiento de un bebé muerto								
Aborto espontáneo								
Aborto inducido								
Embarazo ectópico								
Embarazo molar								
Embarazada en el momento actual								
Si este embarazo fue un aborto espontáneo, tubárico / ectópico o si tuvo una interrupción, ¿cómo se trató?								
Legrado quirúrgico								
Con pastillas (orales y/o vaginales)								
No fue necesario ningún tratamiento								
Si este embarazo resultó en un parto, ¿el parto fue vaginal o por cesárea?								
Parto vaginal								
Cesárea								
Si usted tuvo un parto, el inicio fue espontáneo o inducido?								
No tuve parto								
Fue espontáneo								
Fue inducido								
¿Tuvo usted alguna de las siguientes complicaciones durante el embarazo o la lactancia?								
Diabetes gestacional								
Hipertensión arterial relacionada con el embarazo								
Preeclampsia/toxemia								
Mastitis/infección mamaria								
Síndrome HELLP								
Hiperemesis gravídica								
Parto pretérmino (antes de la semana 37)								
Otro.....								
Otro.....								
Si este embarazo termino en nacimiento, ¿durante cuánto tiempo dio lactancia natural								
(escriba el número de meses que dio de mamar o escriba "0" si no dio de mamar; si dio de mamar menos de 1 mes, escriba "1")								

B2. ¿Alguna vez ha intentado quedarse embarazada durante **más de 6 meses** seguidos sin lograrlo?

☐ No

☐ Si → Si la respuesta es Sí:

B2.1. ¿Cuál fue el periodo de tiempo más largo de búsqueda de embarazo, independientemente de que lo lograra? _____ meses

B3. ¿Alguna vez ha realizado usted o su pareja algún test para investigar por qué no lograba quedarse embarazada?

☐ No

☐ Si → Si la respuesta es Sí:

B3.1. ¿Cuál fue el resultado de dichos test? (señale todos los que correspondan)

- ☐ Endometriosis
- ☐ Adherencias
- ☐ Trompas obstruidas
- ☐ Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)
- ☐ Enfermedad Inflamatoria Pélvica
- ☐ Ovulación ausente/irregular
- ☐ Bajo recuento o baja calidad del espermatozoides
- ☐ Miomas uterinos
- ☐ No se encontró ninguna causa
- ☐ No recuerdo
- ☐ Otros.....

B4. ¿Alguna vez ha recurrido a tratamiento de fertilidad en alguna clínica?

☐ No

☐ Si → Si la respuesta es Sí:

B4.1. Por favor, cuéntenos cualquier tratamiento de fertilidad que utilizó.

	Nunca utilizado	Utilizado en los últimos 3 meses	Utilizado, pero no en los 3 últimos meses	Número de ciclos (si corresponde)
Coito Dirigido (relaciones sexuales programadas en el momento de la ovulación)				
Pastillas de fertilidad para estimular la ovulación (clomifeno o similar)				
Fármaco de fertilidad inyectable (gonadotropinas, ovitrelle u otro inyectable)				
Progesterona (vaginal o intramuscular)				
Inseminación artificial con semen de cónyuge				
Inseminación artificial con semen de donante				
Fecundación in vitro (FIV)				
Fecundación in vitro con inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)				
Fecundación in vitro con óvulos donados				

B4.2. Si alguna vez se ha realizado FIV, ICSI o FIV con óvulos donados: ¿después de cuál de los siguientes pasos finalizó su ciclo(s) de FIV? (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Estimulación ovárica (no se recuperaron óvulos)
- ☐ Punción folicular (se recuperaron óvulos pero no hubo embriones para transferir)
- ☐ Transferencia de embriones (no hubo test de embarazo positivo)
- ☐ Embarazo bioquímico (test de embarazo positivo, pero no se llegó a ver la gestación con ecografía)
- ☐ Embarazo clínico (confirmado por ecografía, pero se perdió antes de la semana 12)
- ☐ Pérdida fetal o nacido muerto después de la semana 12
- ☐ Nacido vivo

Dolor

C1. Todos experimentamos situaciones dolorosas en algún momento de nuestras vidas. Tales experiencias pueden incluir dolor de cabeza, dolor de dientes, dolor articular o muscular. Las personas a menudo están expuestas a situaciones que pueden causar dolor, como enfermedades, lesiones, procedimientos dentales o cirugía.

Estamos interesados en los tipos de **pensamientos y sentimientos** que tiene **cuando tiene dolor**. A continuación, se enumeran trece situaciones que describen diferentes pensamientos y sentimientos que pueden estar asociados con el dolor. Utilizando la escala, indique el grado en que tiene estos pensamientos y sentimientos cuando está experimentando dolor.

PENSAMIENTO/SENTIMIENTO	NADA EN ABSOLUTO	EN UN GRADO LEVE	EN GRADO MODERADO	EN GRAN MEDIDA	TODO EL TIEMPO
ME PREOCUPO TODO EL TIEMPO SOBRE SI EL DOLOR TERMINARÁ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIENTO QUE NO PUEDO SEGUIR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ES TERRIBLE Y CREO QUE NUNCA VA A MEJORAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ES HORRIBLE Y SIENTO QUE ME ABRUMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIENTO QUE NO PUEDO SOPORTARLO MÁS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ME DA MIEDO QUE EL DOLOR EMPEORE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIGO PENSANDO EN OTROS EVENTOS DOLOROSOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DESEO ANSIOSAMENTE QUE EL DOLOR DESAPAREZCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARECE QUE NO PUEDO APARTARLO DE MI MENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIENSO TODO EL TIEMPO EN LO MUCHO QUE DUELE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIGO PENSANDO EN LO MUCHO QUE QUIERO QUE SE PARE EL DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NO PUEDO HACER NADA PARA REDUCIR LA INTENSIDAD DEL DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ME PREGUNTO SI ME PUEDE PASAR ALGO GRAVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se refieren al dolor pélvico que siente **durante sus períodos menstruales** (incluido el sangrado irregular o el sangrado durante los tratamientos hormonales, pero no el manchado escaso o spotting).

Por "dolor pélvico" nos referimos a cualquier tipo de dolor (calambres, punzadas, etc.) en la parte inferior del abdomen, como se muestra en el área sombreada de esta imagen:



C2. ¿Algún momento en su vida ha tenido dolor pélvico durante sus menstruaciones?

- ☐ Nunca he tenido dolor → Salte a la pregunta C15
 - ☐ Dolores leves (nunca o rara vez ha necesitado medicación)
 - ☐ Dolores moderados (generalmente necesita medicamentos)
 - ☐ Dolores severos (necesita medicamentos y reposo en cama)
- C2.1. ¿A qué edad empezó a tener dolor menstrual? ____ años

Si ha tenido períodos menstruales en los últimos 3 meses, complete las siguientes preguntas; de lo contrario, marque aquí ____ y continúe con la pregunta C12

C3. ¿Cuánto dolor pélvico tuvo durante **su último período**?

- ☐ Nada de dolor → pase a la pregunta C9
- ☐ Dolores leves (nunca o rara vez ha necesitado medicación)
- ☐ Dolores moderados (generalmente necesita medicamentos)
- ☐ Dolores severos (necesita medicamentos y reposo en cama)

C4. ¿Tomó analgésicos para el dolor pélvico durante **su último período**? (Por favor marque todos los que apliquen)

- ☐ No
- ☐ Sí, analgésicos recetados por un médico
- ☐ Sí, analgésicos comprados sin receta médica (p. Ej., Aspirina, ibuprofeno, paracetamol / acetaminofén, naproxeno)

C5. ¿Tomó hormonas para ayudar a aliviar el dolor pélvico durante **su último período**? De ser así, ¿le ayudaron a aliviar su dolor?

- ☐ No tomó hormonas para el dolor
☐ Sí, pero el dolor no se alivió
☐ Sí, el dolor se alivió al menos algo

C6. Durante **su último período**, ¿su dolor pélvico le impidió ir al trabajo o la escuela o realizar sus actividades diarias (incluso a pesar de tomar analgésicos)?

- ☐ No ☐ Si

C7. Durante **su último período**, ¿tuvo que acostarse durante alguna parte del día o más debido a su dolor pélvico?

- ☐ No ☐ Si

C8. Califique cómo de severo fue su dolor pélvico **en su peor momento** durante **su último período** utilizando una escala de 0 a 10, donde 0 = sin dolor y 10 = el peor dolor imaginable.

Sin dolor									El peor dolor imaginable	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C9. **En los últimos 12 meses**, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor pélvico durante su período?

- ☐ Nunca
☐ Ocasionalmente (menos de una cuarta parte de mis períodos)
☐ A menudo (de un cuarto a la mitad de mis períodos)
☐ Generalmente (más de la mitad de mis períodos)
☐ Siempre (todos los períodos)

C10. Califique cómo de severo fue su dolor pélvico durante su período, **en su peor momento**, en los **últimos 12 meses**, usando una escala de 0 a 10, donde 0 = sin dolor y 10 = peor dolor imaginable.

Sin dolor									El peor dolor imaginable	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

C11. Las siguientes preguntas son sobre sus deposiciones / heces cuando tuvo dolor pélvico durante sus períodos en los **últimos 3 meses**.

CUANDO TUVO DOLOR PÉLVICO CON SU PERÍODO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA.....	NUNCA /RARA VEZ	A VECES	A MENUDO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SIEMPRE
(A)... ¿ESTE DOLOR MEJORÓ O SE DETUVO DESPUÉS DE DEFECAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(B)... ¿ESTE DOLOR EMPEORÓ DESPUÉS DE DEFECAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(C)... ¿TENÍA MOVIMIENTOS INTESTINALES MÁS FRECUENTES (AUMENTO DEL RITMO DE DEPOSICIONES) AL EMPEZAR EL DOLOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(D)... ¿TENÍA EVACUACIONES INTESTINALES MENOS FRECUENTES (ESTREÑIMIENTO) CUANDO COMENZÓ EL DOLOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(E)... ¿ERAN SUS HECES MÁS BLANDAS /LÍQUIDAS CUANDO COMENZÓ EL DOLOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(F)... ¿SUS DEPOSICIONES ERAN MÁS DURAS CUANDO COMENZÓ EL DOLOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se refieren al momento de su vida en el que el dolor pélvico durante su período estaba en su punto peor.

C12. ¿Qué edad tenía cuando su dolor pélvico durante su período fue peor? _____ años

C13. Califique como de severo fue su dolor pélvico durante su período cuando estaba en su peor momento usando una escala de 0 a 10, donde 0 = sin dolor y 10 = peor dolor imaginable.

Sin dolor											El peor dolor imaginable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

C14. Durante el tiempo de su vida en el que el dolor pélvico durante su período era peor, ¿estaba tomando algún medicamento para ayudar a aliviar el dolor? (Por favor marque todos los que apliquen)

- ☐ No
- ☐ Sí, analgésicos recetados por un médico.
- ☐ Sí, analgésicos comprados sin receta médica (p. ej., aspirina, ibuprofeno, paracetamol / acetaminofén, naproxeno)
- ☐ Sí, hormonas, pero el dolor no se alivió
- ☐ Sí, hormonas, el dolor se alivió algo al menos

Las siguientes preguntas se refieren al dolor pélvico durante o después de la penetración o el coito vaginal.

Por "dolor pélvico" nos referimos a cualquier tipo de dolor (calambres, punzadas, puñaladas, etc.) en la parte inferior de su vientre, como se muestra en el área sombreada en esta imagen:



Le recordamos que cualquier información que proporcione será tratada con total confidencialidad. Sin embargo, **si no desea responder estas preguntas**, marque aquí___ y pase a la pregunta **C27**.

Si **nunca ha tenido relaciones sexuales**, marque aquí___ y pase a la pregunta **C27**

C15. ¿Alguna vez ha tenido dolor pélvico durante o en las 24 horas posteriores al coito / penetración sexual vaginal?

- ☐ No → **Por favor, salte a la pregunta C27**
- ☐ Si → si la respuesta es sí, C15.1 ¿A qué edad comenzó este dolor? _____

C16. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo relaciones sexuales vaginales?

- ☐ en el último mes
- ☐ hace 1-3 meses
- ☐ hace 4-12 meses
- ☐ hace más de 12 meses → si es así, evita el coito por evitar el dolor pélvico? ☐ No ☐ Si

Si tuvo relaciones vaginales hace más de 12 meses, pase a la pregunta C25

C17. La última vez que tuvo relaciones sexuales con penetración vaginal, ¿tuvo dolor pélvico durante o en las 24 horas siguientes a la relación sexual?

- ☐ No → **Por favor, salte a la pregunta C25**
- ☐ Si, durante la penetración
- ☐ Si, en las 24 horas siguientes a la relación sexual
- ☐ Si, en la penetración y en las 24 horas posteriores a la misma

C18. La última vez que tuvo relaciones sexuales con penetración vaginal, ¿dónde sintió el dolor? (marque todas las que correspondan)

- ☐ en la entrada de la vagina
- ☐ profundo dentro de la vagina
- ☐ en el abdomen / pelvis
- ☐ otra localización → En tal caso, C18.1 por favor, descríballo: _____

C19. Califique cuanto de severo fue su dolor pélvico en su peor momento durante la última vez que tuvo coito / penetración vaginal, usando una escala de 0 a 10, donde 0 = sin dolor y 10 = el peor dolor imaginable.

Por favor, no cuente: “dolor” relacionado con “la regla” o “relaciones sexuales”, “embarazo” o “parto”, “cualquier cirugía”, “dolor relacionado con deporte”, u otra “lesión”, “intoxicación alimentaria” o “gripe estomacal”.

C27. ¿Alguna vez ha experimentado dolor pélvico en general? No cuente: “dolor” relacionado con “la regla” o “relaciones sexuales”, “embarazo” o “parto”, “cualquier cirugía”, “dolor relacionado con deporte”, u otra “lesión”, “intoxicación alimentaria” o “gripe estomacal”.

- ☐ No → **Salte a la pregunta C40**
- ☐ Si → C27.1 ¿A qué edad comenzó a tener ese dolor? _____ años
- C27.2 ¿Cuándo fue la última vez que tuvo ese dolor?
- ☐ en el último mes
- ☐ hace 1-3 meses
- ☐ hace 4-6 meses → **salte a la pregunta C36**
- ☐ hace 7-12 meses → **salte a la pregunta C36**
- ☐ hace más de 12 meses → **salte a la pregunta C36**

C28. ¿En qué medida su dolor ha interferido con sus actividades sociales normales con cada una de las siguientes actividades en los **últimos 3 meses**?

COLEGIO O TRABAJO	<input type="checkbox"/> NADA EN ABSOLUTO	<input type="checkbox"/> LIGERAMENTE	<input type="checkbox"/> MODERADAMENTE	<input type="checkbox"/> BASTANTE	<input type="checkbox"/> MUCHO	<input type="checkbox"/> NO APLICABLE
TAREAS DIARIAS DE CASA	<input type="checkbox"/> nada en absoluto	<input type="checkbox"/> ligeramente	<input type="checkbox"/> moderadamente	<input type="checkbox"/> bastante	<input type="checkbox"/> mucho	<input type="checkbox"/> no aplicable
SUEÑO	<input type="checkbox"/> nada en absoluto	<input type="checkbox"/> ligeramente	<input type="checkbox"/> moderadamente	<input type="checkbox"/> bastante	<input type="checkbox"/> mucho	<input type="checkbox"/> no aplicable
RELACIONES SEXUALES	<input type="checkbox"/> nada en absoluto	<input type="checkbox"/> ligeramente	<input type="checkbox"/> moderadamente	<input type="checkbox"/> bastante	<input type="checkbox"/> mucho	<input type="checkbox"/> no aplicable
EJERCICIO /DEPORTE	<input type="checkbox"/> nada en absoluto	<input type="checkbox"/> ligeramente	<input type="checkbox"/> moderadamente	<input type="checkbox"/> bastante	<input type="checkbox"/> mucho	<input type="checkbox"/> no aplicable
ACTIVIDADES SOCIALES	<input type="checkbox"/> nada en absoluto	<input type="checkbox"/> ligeramente	<input type="checkbox"/> moderadamente	<input type="checkbox"/> bastante	<input type="checkbox"/> mucho	<input type="checkbox"/> no aplicable

C29. Aproximadamente, ¿Cuánto tiempo en total tuvo ese dolor en los **últimos 3 meses**?

- ☐ menos de 1 día al mes
- ☐ un día al mes
- ☐ dos o tres días al mes
- ☐ un día a la semana
- ☐ más de un día a la semana
- ☐ todos los días

C30. ¿Ha tomado alguna medicación para aliviar ese dolor en los **últimos 3 meses**? (marque todo lo que corresponda)

- ☐ No
- ☐ Sí, calmantes prescritos por el médico
- ☐ Sí, calmantes comprados sin prescripción médica, es decir, por mi cuenta (por ej. Aspirina, ibuprofeno, paracetamol, naproxeno)
- ☐ Sí, hormonas, pero el dolor no se alivió nada
- ☐ Sí, hormonas, y el dolor se alivió algo al menos.

C31. Por favor, califique la intensidad de su dolor pélvico en su peor momento en los **últimos 3 meses**, usando una escala una escala de 0 a 10, donde 0 = sin dolor y 10 = peor dolor imaginable.

Sin dolor												El peor dolor imaginable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

C32. Cuando tuvo dolor pélvico en los **últimos 3 meses**, ¿cómo lo sintió?

PALPITANTE	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> LEVE	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> SEVERO
PUNZANTE	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo
AGUDO	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo
TIPO CÓLICO	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo
ARDIENTE, QUEMA	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo
INTENSO	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo
SUAVE	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo
TERRIBLE	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo
AGOTADOR	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo

CON NAUSEAS	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo
ESPANTOSO, DABA MIEDO	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo
CRUEL	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> leve	<input type="checkbox"/> moderado	<input type="checkbox"/> severo

C33. ¿Qué hace que su dolor pélvico empeore?

<input type="checkbox"/> POSICIÓN SENTADA	<input type="checkbox"/> ESTRÉS
<input type="checkbox"/> VEJIGA LLENA U ORINAR	<input type="checkbox"/> cualquier momento del día
<input type="checkbox"/> DEFECAR	<input type="checkbox"/> una comida abundante
<input type="checkbox"/> ESTREÑIMIENTO	<input type="checkbox"/> el tiempo (clima)
<input type="checkbox"/> COITO U ORGASMO	<input type="checkbox"/> el contacto con la ropa
<input type="checkbox"/> ESTAR DE PIE O CAMINANDO	<input type="checkbox"/> toser o estornudar
<input type="checkbox"/> EJERCICIO FÍSICO	<input type="checkbox"/> nada concreto hace que mi dolor empeore
<input type="checkbox"/> OTRO, ESPECIFIQUE:	

C34. ¿Qué ayuda a aliviar su dolor pélvico? (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS CALMANTES	<input type="checkbox"/> DEFECAR
<input type="checkbox"/> RELAJACIÓN	<input type="checkbox"/> baño caliente
<input type="checkbox"/> TUMBARME	<input type="checkbox"/> meditación
<input type="checkbox"/> MÚSICA	<input type="checkbox"/> laxantes / enema
<input type="checkbox"/> MASAJE	<input type="checkbox"/> neuroestimulador eléctrico transcutáneo
<input type="checkbox"/> HIELO, FRIO LOCAL	<input type="checkbox"/> vaciar la vejiga / orinar
<input type="checkbox"/> MANTA TÉRMICA, CALOR LOCAL	<input type="checkbox"/> Nada me ayuda
<input type="checkbox"/> OTRO, ESPECIFIQUE:	

C35. Las siguientes preguntas son sobre sus evacuaciones intestinales / heces cuando tuvo dolor pélvico en los últimos 3 meses:

CUANDO TUVO DOLOR PÉLVICO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA...	NUNCA / RARA VEZ	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SIEMPRE
(A)... ¿EL DOLOR MEJORÓ O SE DETUVO DESPUÉS DE DEFECAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(B)... ¿EL DOLOR EMPEORÓ DESPUÉS DE DEFECAR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(C)... ¿TENÍA DEPOSICIONES MÁS FRECUENTES CUANDO COMENZÓ EL DOLOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(D)... ¿TENÍA DEPOSICIONES MENOS FRECUENTES CUANDO COMENZÓ EL DOLOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(E)... ¿ERAN SUS HECES MÁS LÍQUIDAS CUANDO EMPEZÓ EL DOLOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(F)... ¿ERAN SUS HECES MÁS DURAS CUANDO EMPEZÓ EL DOLOR?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se refieren al momento de su vida en el que el dolor pélvico / abdominal inferior estaba en su peor momento. Por favor, **no considere**: dolor relacionado con la regla o con las relaciones sexuales, embarazo o parto, cualquier cirugía, dolor relacionado con el deporte u otra lesión, ni intoxicación alimentaria o gripe estomacal.

C36. ¿Qué edad tenía cuando su dolor pélvico estuvo en su peor momento? _____ años

C37. Califique le intensidad del dolor pélvico cuando estaba en su peor momento usando una escala de 0 a 10, donde 0 = sin dolor y 10 = peor dolor imaginable.

Sin dolor											El peor dolor imaginable
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

C38. Durante el momento de su vida en que su dolor pélvico estaba peor, estaba usted tomando alguna medicación para ayudar a aliviar el dolor (marque todo lo que corresponda)

- ☐ No
- ☐ Sí, calmantes prescritos por el médico
- ☐ Sí, calmantes comprados sin prescripción médica, es decir, por mi cuenta (por ej. Aspirina, ibuprofeno, paracetamol, naproxeno)
- ☐ Sí, hormonas, pero el dolor no se alivió nada
- ☐ Sí, hormonas, y el dolor se alivió algo al menos.

C39. ¿Alguna vez ha recibido un diagnóstico sobre la causa del dolor de un médico?

- ☐ No
- ☐ Sí (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Síndrome de intestino irritable
- ☐ Enfermedad inflamatoria intestinal (ej, Crohn o Colitis Ulcerosa)
- ☐ Endometriosis
- ☐ Miomas uterinos
- ☐ Quiste de ovario
- ☐ Enfermedad inflamatoria pélvica / infección
- ☐ Vejiga dolorosa /cistitis intersticial (NO infección urinaria bacteriana)
- ☐ Estrés
- ☐ Otros:(describa)

C40. Indique si tiene (o ha tenido) los siguientes tipos de dolor **en los últimos 12 meses**:

DOLOR LUMBAR (PARTE BAJA DE LA ESPALDA)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI, EN EL ÚLTIMO MES	<input type="checkbox"/> SI, HACE MÁS DE 1 MES
DOLOR MUSCULAR O DE ARTICULACIONES (NO POR INFECCIÓN NI POR TRAUMA DEPORTIVO)			
DOLOR OVULATORIO (A MITAD DE CICLO)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, en el último mes	<input type="checkbox"/> si, hace más de 1 mes
DOLOR EN LAS PIERNAS	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, en el último mes	<input type="checkbox"/> si, hace más de 1 mes
DOLOR AL ORINAR	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, en el último mes	<input type="checkbox"/> si, hace más de 1 mes
DOLOR AL DEFECAR	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, en el último mes	<input type="checkbox"/> si, hace más de 1 mes

Historia Médica

D1. ¿Alguna vez le ha diagnosticado un médico cáncer o una enfermedad maligna de cualquier tipo?

☐ No ☐ Sí

Si la respuesta es sí: D1.1 ¿Qué tipo de cáncer /localización primaria) se le diagnóstico y cuando fue diagnosticado por primera vez?

Tipo de cáncer	Edad del primer diagnóstico (años)

D2. ¿Ha sido alguna vez diagnosticada por un médico de alguna de las siguientes enfermedades y a qué edad fue diagnosticada? *Marque todas las que apliquen.*

Enfermedad médica			Edad	Enfermedad médica			Edad
No	Sí			No	Sí		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad que requiera medicación o terapia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome intestino irritable	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migraña	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardiovascular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Crohn		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esclerosis Múltiple	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sordera /disminución de la audición		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vejiga dolorosa /cistitis intersticial (NO infección urinaria bacteriana)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de fatiga crónica		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad inflamatoria pélvica	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión que requiera medicación o terapia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de ovario poliquístico	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes controlada con dieta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis Reumatoide	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes controlada con insulina o antidiabéticos en pastillas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escoliosis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de columna (distinto a escoliosis)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miomas uterinos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Sjogren	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus Eritematoso Sistémico	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis infecciosa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad tiroidea	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Graves Basedow		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colitis ulcerosa	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Hashimoto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros: (especifique)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión arterial				-	
						-	
						-	

D3. ¿Ha sido diagnosticada de algún problema estructural/defecto congénito del útero, cervix o vagina?

☐ No

☐ Sí → si la respuesta es sí: D3.1. ¿Ha tenido cirugía por ese motivo?

☐ No

☐ Sí → si la respuesta es sí: D3.2. ¿Mejoró o se corrigió el problema con la cirugía?

☐ No

☐ Sí

D4. ¿Ha tenido alguna de las siguientes intervenciones quirúrgicas en su vida? Si es así, ¿a qué edad aproximadamente tuvo el procedimiento?, cuantas veces en total se le ha realizado y cuál fue la razón de la cirugía.

Procedimiento quirúrgico	No	Sí	Cuantas veces	Edad	Cual fue el motivo de la cirugía
Ligadura tubárica (esterilización)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Apendicectomía (extirpación del apéndice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Histerectomía (extirpación del útero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ooforectomía (extirpación del ovario) ¿Cuántos? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> no sé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Legrado uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Conización del cervix (cuello uterino)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Histeroscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colecistectomía (extirpación de la vesícula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Operación de hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Colonoscopia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Laparoscopia (cirugía introduciendo una óptica en su abdomen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
1ª				
2ª				
3ª				
4ª				
5ª o última				
Otra cirugía abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

D5. Las siguientes preguntas son sobre sus evacuaciones intestinales / heces en general **en los últimos 3 meses**:

EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿CON QUÉ FRECUENCIA...	NUNCA / RARA VEZ	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	SIEMPRE
... TUVO HECES BLANDAS O LÍQUIDAS?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... TUVO HECES DURAS O EN FORMA DE BOLA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D6. ¿Ha tenido alguno de los siguientes en los **3 últimos meses**? (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Sangrado rectal o sangre en las heces	<input type="checkbox"/> Esfuerzo para poder defecar
<input type="checkbox"/> Menos de 3 deposiciones a la semana	<input type="checkbox"/> Necesidad urgente de defecar
<input type="checkbox"/> Más de 3 deposiciones al día	<input type="checkbox"/> Sensación de vaciamiento incompleto al defecar
<input type="checkbox"/> Náuseas y/o vómitos	<input type="checkbox"/> Expulsión de moco con las heces
<input type="checkbox"/> Rayadas intestinales	<input type="checkbox"/> Sensación de plenitud abdominal, hinchazón

D7. En los **últimos 3 meses**, ¿ha experimentado alguno de los siguientes? (marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Pérdida de orina al toser, estornudar o reír	<input type="checkbox"/> Sangre en la orina
<input type="checkbox"/> Dificultad para orinar	<input type="checkbox"/> Sensación de vejiga llena después de orinar
<input type="checkbox"/> Infecciones de orina frecuentes	<input type="checkbox"/> Tener que orinar de nuevo unos minutos después de orinar

D8. ¿Alguna vez le han diagnosticado endometriosis un médico u otro profesional de la salud?

☐ No

☐ Sí → si la respuesta es sí:

D8.1. ¿De qué modo se le hizo el diagnóstico? (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Laparoscopia u otro procedimiento quirúrgico
☐ Ultrasonidos (ecografía) /Resonancia Magnética
☐ Basado en los síntomas clínicos
☐ Otros, por favor describa: _____

D8.2. Si usted tuvo cirugía por endometriosis, ¿en su última cirugía su endometriosis fue tratada? (por ej: fueron extirpadas las lesiones o quemadas/electrocoaguladas)

- ☐ No
☐ Sí
☐ No estoy segura
☐ No he tenido cirugía por endometriosis

D8.3. ¿Cuántos años tenía la primera vez que tuvo síntomas? _____ años

O marque aquí ☐ si nunca ha tenido síntomas

D8.4. ¿Qué síntomas, si tuvo, le impulsaron a consultar con un médico antes de tener el diagnóstico de endometriosis? (marque todo lo que corresponda)

- ☐ Dolor
☐ Esterilidad / Infertilidad
☐ Ningún síntoma
☐ Otros (especifique): _____

D8.5. ¿Qué edad tenía cuando fue diagnosticada de endometriosis? _____ años

D9. ¿Alguna vez ha tenido cirugía para buscar endometriosis y no se encontró la enfermedad?

☐ No

☐ Sí → si la respuesta es sí:

D9.1. ¿Qué síntomas motivaron la cirugía?

- ☐ Dolor
☐ Esterilidad / Infertilidad
☐ Otros (especifique): _____

D10. ¿Algún familiar suyo sido diagnosticado de endometriosis o ha sufrido dolor pélvico crónico?

	Madre	Hermana	Abuela, tía o prima de parte materna	Abuela, tía o prima de parte paterna
Endometriosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No tengo hermanas	<input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> No lo sé
Dolor pélvico crónico	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No tengo hermanas	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No lo sé

Historial de medicación

E1. Infórmenos sobre cualquier analgésico, de venta libre o recetado, que haya usado al menos una vez a la semana **durante un período de 3 meses o más.**

TABLA DE MEDICAMENTOS PARA CALMAR EL DOLOR

Tipo de fármaco	¿Lo ha usado alguna vez?	¿Lo toma actualmente	¿A qué edad lo tomó por 1ª vez de forma regular?	¿Para qué dolor tomaba este fármaco?	¿Cuántos días a la semana?	¿Cuántos comprimidos al semana?	En total, cuánto tiempo ha usado este fármaco?
Paracetamol / acetaminophen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> dolor pélvico <input type="checkbox"/> otro dolor <input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + de 6	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-14 <input type="checkbox"/> + de 15	____ meses ____ años
Aspirina (325 mg o más por comprimido)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> dolor pélvico <input type="checkbox"/> otro dolor <input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + de 6	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-14 <input type="checkbox"/> + de 15	____ meses ____ años
Ibuprofeno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> dolor pélvico <input type="checkbox"/> otro dolor <input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + de 6	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-14 <input type="checkbox"/> + de 15	____ meses ____ años
Celebrex, Viox (inhibidores COX-2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> dolor pélvico <input type="checkbox"/> otro dolor <input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + de 6	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-14 <input type="checkbox"/> + de 15	____ meses ____ años
Otros analgésicos antiinflamatorios (naproxeno, ácido mefenámico, ketoprofeno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> dolor pélvico <input type="checkbox"/> otro dolor <input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + de 6	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-14 <input type="checkbox"/> + de 15	____ meses ____ años
Analgésicos potentes (narcóticos) (codeína + paracetamol, morfina, oxycodona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> dolor pélvico <input type="checkbox"/> otro dolor <input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + de 6	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-14 <input type="checkbox"/> + de 15	____ meses ____ años
Otros calmantes dirigidos a los nervios o sistema nervioso central (amitriptilina, gabapentina, pregabalina, lyrica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> dolor pélvico <input type="checkbox"/> otro dolor <input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + de 6	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-14 <input type="checkbox"/> + de 15	____ meses ____ años
Relajantes musculares (diacepam, buscapina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> dolor pélvico <input type="checkbox"/> otro dolor <input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + de 6	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-14 <input type="checkbox"/> + de 15	____ meses ____ años
Hierbas medicinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> dolor pélvico <input type="checkbox"/> otro dolor <input type="checkbox"/> ambos	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> + de 6	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6-14 <input type="checkbox"/> + de 15	____ meses ____ años

E2. ¿Alguna vez ha tomado fármacos prescritos durante más de 3 meses, excluyendo tratamientos hormonales o para el dolor?

- ☐ Si → complete la **tabla Fármacos Prescritos** antes de pasar a la siguiente sección
- ☐ No → por favor, **pase a la pregunta F1 de la siguiente sección.**

TABLA DE FÁRMACOS PRESCRITOS

Tipo de fármaco	¿Alguna vez ha tomado este medicamento todos los días durante más de un mes?	A qué edad tomó por 1ª vez este fármaco todos los días durante más de un mes?	En total, cuántos años ha tomado este fármaco? Anote "0 años" si el total es menor de 1 año	Actualmente está tomando este fármaco todos los días?	Escriba el nombre del fármaco que ha usado más recientemente, si lo recuerda
	✓ Si afirmativo	Edad	Número de años	✓ Si afirmativo	Nombre del fármaco
a. Diurético	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
b. Antidiabético	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
c. Insulina	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
d. Fármaco tiroideo	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

e. Antiepiléptico	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
f. Para el insomnio/ tranquilizante	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
g. antidepresivos	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
h. Otro fármaco para enfermedad mental	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
i. Para osteoporosis	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
j. Para artritis reumatoide	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
k. Antibióticos durante 1 mes o más	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
l. Antiácidos	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
m. Para úlcera o gastritis	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
n. Para hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
o. Antihistamínicos para alergia	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
p. Corticoides (orales o inhalados)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
q. Quimioterapia por cáncer	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
r. Tamoxifeno por cáncer	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
s. Para la hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
t. Para la angina de pecho	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
u. Otros fármacos para el corazón	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
v. Inhaladores para asma	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
w. Sintrom / heparina	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
x. Para la migraña	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Otros 1: _____	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Otros 2: _____	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Otros 3: _____	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Otros 4: _____	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	
Otros 5: _____	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Información personal y estilo de vida

F1. Fecha de nacimiento ____/____/_____
DD MM AAAA

F2. ¿Cómo describiría su origen étnico?

- ☐ Indio nativo americano o nativo de Alaska
☐ Asiático / Del Pacífico / Oriental
☐ Negro → ☐ negro africano ☐ afroamericano ☐ negro caribeño
☐ Nativo Hawaiano u otra isla del Pacífico
☐ Blanco → ☐ Europa del Norte/Oeste ☐ Europa del Este ☐ Sur de Europa
☐ Norte-americano ☐ Otro: _____
☐ Raza mixta
☐ Otro: _____

F3. ¿Se considera español / hispano / latino? ☐ No ☐ Si

F4. ¿Cuál es su principal ascendente? (por favor, marque uno)

<input type="checkbox"/> Escandinavo	<input type="checkbox"/> Africano
<input type="checkbox"/> Irlandés /Celta / Británico	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Otros del norte de Europa	<input type="checkbox"/> Sur de Europa / Mediterráneo
<input type="checkbox"/> Europa del este	<input type="checkbox"/> Otros:
<input type="checkbox"/> América del Sur	<input type="checkbox"/> No lo sé
<input type="checkbox"/> Centro América o Caribe	

F5. ¿Está actualmente estudiando? ☐ No ☐ Si

F6. ¿Cuál es su nivel de estudios? (con certificado)

- ☐ Educación primaria
☐ Educación secundaria
☐ Bachillerato
☐ Formación profesional
☐ Estudios Universitarios
☐ Postgrado

F7. ¿Cuál es su estatura actual? ____ cm

F8. ¿Cuál es su peso actual? ____ kg

F9. ¿Cuál es el color natural de su cabello?

- ☐ Pelirrojo ☐ Rubio ☐ Castaño claro ☐ Castaño oscuro ☐ Negro

F10. ¿Cuál es su color de ojos? (marque uno)

☐ Azul ☐ Gris ☐ Verde ☐ Miel/Marrón claro ☐ Marrón oscuro

F11. Durante **los últimos 12 meses**, ¿cuál fue por término medio el tiempo por semana dedicado a cada una de las siguientes actividades recreativas?

	0	1-4 min	5-19 min	20-59 min	1 hora	1-1.5 horas	2-3 horas	4-6 horas	7-10 horas	+ 11 horas
Caminar en el exterior (incluye andar para ir al trabajo)										
Trotar (Jogging, correr lento, menos que 1 km en 10 minutos)										
Correr (más rápido que 1 km en 10 minutos)										
Bicicleta (incluso uso en ciudad)										
Aerobic, danza, máquina de remo										
Tenis, squash, pádel										
Natación										
Otras actividades aeróbicas (ej. cortar el césped)										

F12. ¿Ha fumado más de 100 cigarrillos durante su vida?

☐ No ☐ Si→ si la respuesta es sí:

F12.1. ¿Qué edad tenía la primera vez que fumó? ____ años

F12.2. ¿Fuma actualmente?

☐ No, dejé de fumar a la edad de ____

☐ Si, y actualmente fumo alrededor de ____ cig/por semana

F13. ¿Bebe algo de alcohol?

☐ No ☐ Si→ si la respuesta es sí:

F13.1. Señale por término medio cuanto bebe a la semana de los siguientes (por favor, ponga un número exacto, no un rango como 1-3)

Tipo de alcohol (tamaño de la copa)	Número promedio de cada bebida por semana
Cerveza / sidra (284 ml /media pinta)	
Vino (175 ml)	
Jerez /vermut / oporto (50 ml)	
Ginebra, ron, vodka (o similar) (25 ml)	
Otros (especifique)	

F14. Por favor, anote la fecha en que completa este cuestionario: ____/____/_____
DD MM AAAA

F15. País donde vive: _____

Nº de registro: CC_HCU/_____

Gracias por su tiempo y su cooperación respondiendo estas preguntas.

Si usted tiene algún comentario o pregunta sobre cualquier parte de este informe, por favor explíquelo a continuación.

.....

