



BMT CTN Protocol 0102 (Multiple Myeloma)

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY (FACT BMT)

Version: 1.1; 12-03

Center: _____

Protocol 0102

Participant ID: _____

Visit Number: _____

A continuación encontrará una lista de afirmaciones sobre situaciones muy comunes en personas con su misma enfermedad. **Dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación durante los últimos siete días, por favor, sólo marque uno de los números que aparecen en cada línea.**

ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD

<u>Durante los últimos siete días:</u>	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
1. Me falta energía.....	0	1	2	3	4
2. Tengo náuseas.....	0	1	2	3	4
3. Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.....	0	1	2	3	4
4. Tengo dolor.....	0	1	2	3	4
5. Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....	0	1	2	3	4
6. Me siento enfermo(a).....	0	1	2	3	4
7. Necesito estar acostado(a).....	0	1	2	3	4

AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL

<u>Durante los últimos siete días:</u>	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
8. Me siento cercano(a) a mis amistades.....	0	1	2	3	4
9. Recibo apoyo emocional por parte de mi familia.....	0	1	2	3	4
10. Recibo apoyo por parte de mis amistades.....	0	1	2	3	4
11. Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
12. Me siento satisfecho(a) con la manera en que se comunica me familia acerca de me enfermedad.....	0	1	2	3	4
13. Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que me da apoyo).....	0	1	2	3	4

BMT CTN Protocol 0102 (Multiple Myeloma)

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY (FACT BMT)

Sin importar su nivel actual de actividad sexual, por favor, conteste a la siguiente pregunta. Si usted prefiere no contestarla, por favor, señale con una cruz esta casilla y continúe con la siguiente sección.

Prefiero no contestar a esto.

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
	0	1	2	3	4
14. Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual	0	1	2	3	4

ESTADO EMOCIONAL

<u>Durante los últimos siete días:</u>	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
	0	1	2	3	4
15. Me siento triste	0	1	2	3	4
16. ¿Estoy satisfecho(a) de cómo estoy enfrentando mi enfermedad	0	1	2	3	4
17. Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
18. Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
19. Me preocupa morir.....	0	1	2	3	4
20. Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL

<u>Durante los últimos siete días:</u>	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
	0	1	2	3	4
21. Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar)	0	1	2	3	4
22. Me satisface mi trabajo (incluya trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
23. Puedo disfrutar de la vida	0	1	2	3	4
24. He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
25. Duermo bien	0	1	2	3	4
26. Disfruto con mis pasatiempos de siempre	0	1	2	3	4
27. Estoy satisfecho(a) con mi vida (calidad de vida) actual	0	1	2	3	4

BMT CTN Protocol 0102 (Multiple Myeloma)

FUNCTIONAL ASSESSMENT OF CANCER THERAPY (FACT BMT)

OTRAS PREOCUPACIONES

Durante los últimos siete días:

	Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
28. Estoy preocupado(a) por mantener mi trabajo (incluya trabajo en el hogar).....	0	1	2	3	4
29. Me siento alejado(a) de otras personas	0	1	2	3	4
30. Me preocupa que mi trasplante no funcione	0	1	2	3	4
31. Los efectos secundarios son peores de lo que imaginé	0	1	2	3	4
32. Tengo buen apetito.....	0	1	2	3	4
33. Me gusta la apariencia de mi cuerpo	0	1	2	3	4
34. Soy capaz de desplazarme por mí mismo(a).....	0	1	2	3	4
35. Me canso fácilmente.....	0	1	2	3	4
36. Me interesa el sexo.....	0	1	2	3	4
37. Estoy preocupado(a) por mi capacidad de tener hijos.....	0	1	2	3	4
38. Confío en las enfermeras del trasplante	0	1	2	3	4
39. Me arrepiento de haber tenido el trasplante de médula ósea.....	0	1	2	3	4
40. Puedo recordar cosas nuevas.....	0	1	2	3	4
41. Soy capaz de concentrarme (p.e.j. leer)	0	1	2	3	4
42. Tengo catarro o infecciones frecuentes	0	1	2	3	4
43. Mi visión está borrosa.....	0	1	2	3	4
44. Me molesta el cambio en el sabor de la comida	0	1	2	3	4
45. Tengo temblores.....	0	1	2	3	4
46. Me ha faltado el aire para respirar.....	0	1	2	3	4
47. Me molestan los problemas de la piel (sarpullido, comezón, picazón).....	0	1	2	3	4
48. Tengo problemas con mis deposiciones intestinales.....	0	1	2	3	4
49. Mi enfermedad es una dificultad personal para mis familiares más cercanos	0	1	2	3	4
50. El coste de mi tratamiento es una carga para mí o para mi familia	0	1	2	3	4

Firma: _____

Fecha: _____