

## QOLLA-Adultos<sup>©</sup>

### Calidad de vida de los adultos con alergia al látex

La finalidad de este cuestionario es evaluar lo mucho que la alergia al látex le ha condicionado la vida EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES. Por favor, marque con **X** sólo una casilla en cada pregunta o escriba N/A si no es aplicable.

|  |   |  |
|--|---|--|
| 1. En los últimos 3 meses, ¿le ha preocupado la posibilidad de sufrir una reacción grave (anafiláctica) al látex?  | En absoluto<br>Un poco<br>Bastante<br>Mucho | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 2. En los últimos 3 meses, ¿le han preocupado otros aspectos de su alergia al látex? p. ej., visitas al hospital, dentista, etc.   | En absoluto<br>Un poco<br>Bastante<br>Mucho | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 3. En los últimos 3 meses, ¿se ha visto afectado su estado de ánimo por la alergia al látex; p. ej., ha sufrido estrés, frustración o depresión por su causa?  | En absoluto<br>Un poco<br>Bastante<br>Mucho | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 4. En los últimos 3 meses, ¿ha presentado usted síntomas causados <u>por su alergia al látex</u> , como erupciones cutáneas, labios hinchados, moqueo o lagrimeo, dificultad para respirar o tragar, desvanecimientos? | En absoluto<br>Un poco<br>Bastante<br>Mucho | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 5. En los últimos 3 meses, ¿le ha causado problemas la alergia al látex para asegurarse de que el ambiente en su propio hogar esté libre de látex?   | En absoluto<br>Un poco<br>Bastante<br>Mucho | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 6. En los últimos 3 meses, ¿le ha causado problemas la alergia al látex para realizar las actividades de la vida diaria, como ir de compras, cocinar, ocuparse del coche, etc.   | En absoluto<br>Un poco<br>Bastante<br>Mucho | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 7. En los últimos 3 meses, ¿le ha causado problemas la alergia al látex para hacer deporte? p. ej., en mango de raquetas, neumáticos o ruedas de caucho, gorros de natación, etc.                                      | En absoluto<br>Un poco<br>Bastante<br>Mucho | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 8. En los últimos 3 meses, ¿le ha causado problemas la alergia al látex para sus relaciones sociales? p. ej., para comer en restaurantes, visitar otras casas, irse de vacaciones, etc.                                | En absoluto<br>Un poco<br>Bastante<br>Mucho | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> |
| 9. En los últimos 3 meses, ¿se han visto afectadas sus relaciones personales o su vida sexual por la alergia al látex?   | En absoluto<br>Un poco                      | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/>   |

|   |  |
|---|--|
|   | Bastante <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/>  |
| 10. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido algún problema por las actitudes poco comprensivas de colegas, amigos u otros?   | En absoluto <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Bastante <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/>  |
| 11. En los últimos 3 meses, ¿le ha causado la alergia al látex problemas económicos? p. ej., necesidad de comprar productos sin látex, necesidad de ausentarse de su trabajo o pérdida del empleo, etc. | En absoluto <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Bastante <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>Perdido el empleo <input type="checkbox"/>          |
| 12. ¿Lleva usted consigo Adreject o adrenalina autoinyectable?<br>En caso afirmativo: En los últimos 3 meses, ¿hasta qué punto cree que tendría problemas para usarlo en caso de necesitarlo?           | En absoluto <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Bastante <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/><br>No aplicable <input type="checkbox"/>               |
| 13. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido problemas con otros tratamientos para la alergia al látex, como cremas, antihistamínicos, inhaladores, etc.?   | No <input type="checkbox"/><br>Un poco <input type="checkbox"/><br>Bastante <input type="checkbox"/><br>Mucho <input type="checkbox"/>   |
| ¿Cuánto diría usted que la alergia al látex ha afectado a su calidad de vida <u>general</u> en los últimos 3 meses?   | En absoluto <input type="checkbox"/><br>Levemente <input type="checkbox"/><br>Moderadamente <input type="checkbox"/><br>Seriamente <input type="checkbox"/><br>Muy seriamente <input type="checkbox"/> |