

Encuesta de Pacientes de la Fundación de la enfermedad de Quistes de Tarlov

I. Información General

A. Nombre/Seudónimo _____ email _____

B. Dirección _____ País _____

C. Sexo Hombre Mujer

D. Edad actual < 30 30-40 40-50 50-60 > 60

E. Edad del inicio de síntomas < 30 30-40 40- 50 50-60 >60

II . Historia

A. Fecha de inicio de los síntomas _____ (año).

B. Acontecimientos de relevancia al inicio de los síntomas. Marque todo lo que corresponda.

- 1 . Caída
- 2 . Colisión trasera
- 3 . Otro accidente con algún vehículo
- 4 . Levantamiento de objetos pesados
- 5 . Viaje de largo recorrido en el coche
- 6 . Viaje en avión
- 7 . Otros
- 8 . Ningún incidente significativo en particular

C. Antes del diagnóstico de quiste de Tarlov, ¿experimentó Vd. dolor de espalda o lesiones en la espalda por cualquier otro diagnóstico? Sí No

D. Si usted contestó " sí " ¿recibió Vd. tratamiento quirúrgico? Sí No
(En caso afirmativo, haga una breve descripción)

E. Tratamientos no quirúrgicos que Vd recibió. Marque todo lo que corresponda.

- La terapia de masaje
- Fisioterapia
- Acupuntura
- Aplicación de hielo
- Aplicación de calor
- Reposo en cama
- Relajantes musculares
- Otros

F. Fecha de la primera visita médica para los síntomas del quiste de Tarlov:

G. ¿A quién acudes la primera vez para un diagnóstico y tratamiento?

- Médico de atención primaria
- Ortopedista
- Neurólogo
- Neurocirujano
- Otros

H. Describa sus síntomas iniciales (brevemente)

H. Pruebas de diagnóstico que se le hicieron inicialmente. Marque todo lo que corresponda.

- Radiografía
- EMG (Electromiografía)
- RM (Resonancia Magnética)
- Mielograma
- CT (Escáner)
- Otros

J. ¿Derivación a otros profesionales de la salud?. Sí No

K. En caso afirmativo, marque lo que corresponda.

- Neurólogo
- Neurocirujano
- Especialista en Ortopedia
- Psiquiatra
- Fisioterapeuta
- Acupunturista
- Neuroradiólogo
- Otros

L. ¿Un neuroradiólogo interpretó su RM / Escáner / Mielograma? Sí No
(En caso negativo, ¿quién lo hizo?)

M. ¿Quién diagnosticó inicialmente el quiste de Tarlov?

N. ¿Cuál es o son la ubicación de su quiste o quistes?

- Tamaño (s)
- Número de quistes

O. ¿Utilizaron otro nombre para nombrar el quiste de Tarlov ?

- Perineural
- Sacro
- Meníngeo
- ,Aracnoideo
- Otros

P. ¿Alguno de los médicos le dijo esto?

- | | | |
|---|----|----|
| 1. El quiste de Tarlov es la causa de sus síntomas. | Sí | No |
| 2. Los quistes de Tarlov nunca han sido sintomáticos. | Sí | No |
| 3. No sabemos nada sobre los quistes de Tarlov. | Sí | No |

Q. ¿Qué opciones en cuanto al tratamiento le fueron propuestas por su médico o el médico especialista?

III.Síntomas

Marque todo lo que corresponda.

- A. Esa inflamación es visible y palpable (se puede sentir) sobre el sacro
- B. Ciática
- C. Adormecimiento en la cadera o la pierna
- D. Dolor en la espalda baja
- E. Dolor en la cadera
- F. Dolor en el muslo
- G. Dolor rectal
- H. Dolor vaginal
- I. Dolor en la pierna izquierda derecha
- J. Dolores de cabeza
- K. Dolor en el cuello
- L. Dolor en los hombros
- M. Hormigueo , sensación de ardor en las piernas o los pies. Izquierda Derecha
- N. Calambres en los pies
- O. Calambres en las piernas
- P. Dificultad para sentarse
- Q. Esa sensación de que estás sentado en una "roca"
- R. Problemas en la vejiga:
 - 1 . Incontinencia
 - 2 . Frecuencia
 - 3 . Urgencia
 - 4 . Residual
 - 5 . Incapacidad para orinar debiendo ser sondado
- S. Problemas intestinales:
 - 1 . Estreñimiento
 - 2 . Encopresis (no se puede controlar el movimiento del intestino)
 - 3 . Toma ablandadores de heces y / o laxantes
 - 4 . Debe usar enemas
- T. Dolor en las costillas / media espalda / pecho (área torácica)
- U. Otros

IV. Otros diagnósticos / Condiciones Médicas

Escriba en el cuadro cualquier otro diagnóstico médico que usted tenga además de los quistes de Tarlov, tales como defectos congénitos , trastornos del tejido conectivo, etc...

V. Otros hallazgos en su RM / Escáner

- A. Ruptura / Hernia discos _____ Ubicación (s)
- B. Abultamiento discos _____ Ubicación (s)
- C. Aracnoiditis _____ Clase
- D. Osteoartritis _____ Ubicación
- E. Escoliosis
- F. Cifosis
- G. Lordosis
- H. Espondilolistesis
- I. Otros

VI. Resultados del tratamiento

Escriba en el cuadro el tratamiento que Vd. ha recibido para sus quistes Tarlov y un breve comentario de cada uno de si experimentó una mejora, empeoramiento, fue a peor.

VII. Medicación

Escriba en el cuadro si ha tomado Vd. algún medicamento para los quistes de Tarlov y si le ha ayudado con sus síntomas o no .

VIII. Nivel de actividad

- A. ¿Está trabajando actualmente? Sí No
- B. Si actualmente no desempeña su trabajo ¿Cuál fue su trabajo anterior ?
- C. ¿No puede trabajar debido a los síntomas del quiste de Tarlov? Sí No
- D. ¿Ha solicitado Vd. la incapacidad laboral en la Seguridad Social? Sí No
- E. ¿Vd. todavía? (Utilice las siguientes letras para designar las actividades abajo indicadas.

S (igual que siempre) O (De vez en cuándo) R (Rara vez) N (No)

1. Conducir _____
2. Viajar _____
3. Pasar la aspiradora _____
4. Cocinar _____
5. Trabajar en el jardín _____
6. Cortar el césped _____
7. Hacer ejercicio. En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____
8. ¿Ir al teatro, al cine? _____
9. Ir de cena _____

F. ¿Tiene problemas con lo siguiente? (Utilice las mismas letras que arriba)

- 1 . Sentado _____
- 2 . De pie _____
- 3 . Acostado sobre su espalda _____
- 4 . Acostado hacía el lado de su quiste _____
- 5 . Andar _____
- 6 . Doblar la cintura _____

G. ¿Cuál es la postura que le resulta más cómoda?

H. ¿Cuál es la postura más incómoda?

IX. Impacto personal de vivir con quistes de Tarlov

A. ¿Qué es lo que ya no puede hacer debido a sus síntomas por el quiste de Tarlov?

B. ¿Qué ha cambiado en su vida desde el diagnóstico de la enfermedad de Tarlov?, tales como la pérdida del trabajo, la vida social, etc .

X. Enumere cinco cosas que le gustaría que su familia y amigos supieran acerca de su diagnóstico de quistes de Tarlov.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

XI. Enumere cinco cosas que le gustaría que su médico supiera sobre Vd y sus quiste(s) de Tarlov.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

5 N C R _____ *Código anti-spam

Enviar

Reiniciar

Por favor pulse el botón de enviar solo una vez.