

FACT-P (4ª Versión)

A continuación encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. **Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.**

ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GP1	Me falta energía.....	0	1	2	3	4
GP2	Tengo náuseas	0	1	2	3	4
GP3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia	0	1	2	3	4
GP4	Tengo dolor	0	1	2	3	4
GP5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....	0	1	2	3	4
GP6	Me siento enfermo(a)	0	1	2	3	4
GP7	Tengo que pasar tiempo acostado(a).....	0	1	2	3	4

AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
GS1	Me siento cercano(a) a mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	0	1	2	3	4
GS3	Recibo apoyo por parte de mis amistades.....	0	1	2	3	4
GS4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad.....	0	1	2	3	4
GS5	Estoy satisfecho(a) con la manera en que se comunica mi familia acerca de mi enfermedad	0	1	2	3	4
GS6	Me siento cercano(a) a mi pareja (o a la persona que es mi principal fuente de apoyo)	0	1	2	3	4
Q1	<i>Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste a la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla <input type="checkbox"/> y continúe con la siguiente sección.</i>					
GS7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual.....	0	1	2	3	4

FACT-P (4ª Versión)

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

OTRAS PREOCUPACIONES

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
C2	Estoy bajando de peso.....	0	1	2	3	4
C6	Tengo buen apetito.....	0	1	2	3	4
P1	Tengo dolores que me molestan.....	0	1	2	3	4
P2	Tengo dolor en ciertas partes del cuerpo.....	0	1	2	3	4
P3	El dolor me impide hacer las cosas que quiero hacer.....	0	1	2	3	4
P4	Estoy satisfecho con el alivio que tengo por el momento...	0	1	2	3	4
P5	Soy capaz de sentir como hombre.....	0	1	2	3	4
P6	Tengo problemas con el estreñimiento.....	0	1	2	3	4
P7	Tengo dificultad al orinar.....	0	1	2	3	4
BL2	Orino más frecuentemente de lo usual.....	0	1	2	3	4
P8	Mis problemas con el orinar limitan mis actividades.....	0	1	2	3	4
BL5	Soy capaz de tener y mantener una erección.....	0	1	2	3	4