

Cuestionario de Evaluación de Síntomas de Edmonton

Fecha de hoy: (día, mes, año) . . 20

Por favor, marque el número que describa mejor como se siente AHORA:

Nada de dolor El peor dolor que se pueda imaginar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada agotado (cansancio, debilidad) Lo más agotado que se pueda imaginar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada somnoliento (adormilado) Lo más somnoliento que se pueda imaginar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sin náuseas Las peores náuseas que se puedan imaginar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ninguna pérdida de apetito El peor apetito que se pueda imaginar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ninguna dificultad para respirar La mayor dificultad para respirar que se pueda imaginar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada desanimado Lo más desanimado que se pueda imaginar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada nervioso (intranquilidad, ansiedad) Lo más nervioso que se pueda imaginar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Duelmo perfectamente La mayor dificultad para dormir que se pueda imaginar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sentirse perfectamente (sensación de bienestar) Sentirse lo peor que se pueda imaginar
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nada _____ Lo peor posible
 Otro problema 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 (por ej., sequedad de boca)

