



Reprinted with permission from FACIT.org and David Cella, Ph.D.

Permission to use this questionnaire must be obtained from FACIT.org
(www.facit.org; information@facit.org).

Reproducido con el permiso de FACIT.org y del Dr. David Cella.

Es necesario **solicitar un permiso de uso** para utilizar este cuestionario, a FACIT.org:

www.facit.org
information@facit.org

NCCN-FACT FCSI-19

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.**

		Nada	Un poco	Algo	Mucho	Muchísimo
D R S- P	GP1 Me falta energía.....	0	1	2	3	4
	GP4 Tengo dolor	0	1	2	3	4
	C2 Estoy bajando de peso	0	1	2	3	4
	C1 Tengo hinchazón o calambres en el área del estómago.....	0	1	2	3	4
	HI7 Me siento agotado(a).....	0	1	2	3	4
D R S- E	GP3 Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia.....	0	1	2	3	4
	C6 Tengo buen apetito	0	1	2	3	4
	GF5 Duermo bien	0	1	2	3	4
	GE6 Me preocupa que mi enfermedad empeore ...	0	1	2	3	4
	GP2 Tengo náuseas	0	1	2	3	4
T S E	B5 Me molesta la pérdida de cabello	0	1	2	3	4
	C3 Tengo control de mis deposiciones intestinales	0	1	2	3	4
	C5 Tengo diarrea.....	0	1	2	3	4
	Cx6 Me molesta el estreñimiento.....	0	1	2	3	4
	NTX 1 Tengo adormecimiento u hormigueo en las manos.....	0	1	2	3	4
F W B	NTX 10 Siento dolor en las manos o los pies cuando me expongo a temperaturas frías.....	0	1	2	3	4
	GP5 Me molestan los efectos secundarios del tratamiento.....	0	1	2	3	4
	GF3 Puedo disfrutar de la vida	0	1	2	3	4
	GF7 Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual	0	1	2	3	4

DRS-P=Disease-Related Symptoms Subscale – Physical
 DRS-E=Disease-Related Symptoms Subscale – Emotional
 TSE=Treatment Side Effects Subscale
 FWB=Function and Well-Being Subscale