

N.º de identificación del participante |3|5| |__|__|__|__|



Encuesta de Seguimiento de los Seis Meses

Estudio CEASAR

Le agradecemos su participación continua en el estudio CEASAR. Este cuestionario de seguimiento trata sobre su calidad de vida y otras experiencias relacionadas con su cáncer de próstata. Para poder recolectar información más exacta, es importante que usted responda todas las preguntas honestamente y completamente sobre su experiencia. Usted puede saltar cualquier pregunta que le resulte incómodo en responder. Sus respuestas nos ayudará a nuestro esfuerzo a aprender más sobre cómo tratar mejor el cáncer de próstata.

La información de esta encuesta se conservará de modo estrictamente confidencial.

Muchas gracias por su cooperación para responder estas preguntas.

Instrucciones generales

POR FAVOR LEA ESTAS INSTRUCCIONES DETENIDAMENTE

- Responda a cada pregunta de la mejor forma que pueda. Si decide saltar una pregunta, escriba 'saltada' al lado.
- Por favor marque el cuadro al lado de su respuesta con tinta azul o negra.

Ejemplo: Marque los cuadros, de esta manera: o

- Por favor siga las instrucciones que lo llevan a la siguiente pregunta.

Ejemplo: **No** (Si contestó "No", vaya a la sección "Si contestó "No" de la página siguiente)

- Si marca una respuesta que tiene un renglón debajo, escriba la información específica en dicho renglón.

Ejemplo:

Otro, especifique: mi amigo que es médico

- Marque sólo una respuesta para cada pregunta, salvo que haya otras instrucciones.
- En la medida que sea posible, por favor intente responder a todas las preguntas de una vez.

1. Fecha de hoy: |_|_|/|_|_|/|2|0|_|_|
 Mes Día Año

Tratamiento Para el Cáncer de Próstata

2. ¿Recibió alguno de los tratamientos que se mencionan a continuación para su cáncer de próstata? (Marque todas las que correspondan)

| | Sí | Si contesto "Sí" fecha que comenzó Mes Año | No lo Recibí |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| a. Cirugía (extirpación de la próstata cirugía Laparoscopia o asistida por robot) | <input type="checkbox"/> | _ _ / 2 0 _ _ | <input type="checkbox"/> |
| b. Cirugía (extirpación de la próstata cirugía abierta/procedimiento tradicional con incisión) | <input type="checkbox"/> | _ _ / 2 0 _ _ | <input type="checkbox"/> |
| c. Semillas/varillas (braquiterapia) | <input type="checkbox"/> | _ _ / 2 0 _ _ | <input type="checkbox"/> |
| d. Radiación de haz externo (IMRT/3-D CLRT) | <input type="checkbox"/> | _ _ / 2 0 _ _ | <input type="checkbox"/> |
| e. Terapia con hormonas como principal/única terapia | <input type="checkbox"/> | _ _ / 2 0 _ _ | <input type="checkbox"/> |
| f. Supervisión activa/espera vigilante | <input type="checkbox"/> | _ _ / 2 0 _ _ | <input type="checkbox"/> |
| g. No he recibido tratamiento, aún no me he decidido | <input type="checkbox"/> | _ _ / 2 0 _ _ | <input type="checkbox"/> |
| h. Otra terapia (especifique): | <input type="checkbox"/> | _ _ / 2 0 _ _ | <input type="checkbox"/> |

Preguntas generales sobre la salud

3. ¿**Alguna vez** le diagnosticaron algún otro cáncer? (Vea a continuación). **No** incluya el cáncer de próstata ni la no-melanoma cáncer de piel (melanoma).

No (si contesto no, por favor siga a la pregunta 4)

Sí

Si contestó "Sí", indique que cáncer tuvo: (Elija una respuesta para cada opción)

| | Sí | No |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Cáncer rectal o de colon | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Cáncer de pulmón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cáncer de riñón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Linfoma o leucemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Cáncer de estómago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Cáncer de páncreas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cáncer de boca o bucal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Melanoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Cáncer de hígado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Otro tipo de cáncer (especifique): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. ¿ **Alguna vez** le dijo un médico que tenía alguno de los siguientes problemas respiratorios? (Elija una respuesta para cada opción)

| | No | Sí |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Enfisema o bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Durante los **últimos 6 meses**, ¿cuántas veces tuvo cada una de las siguientes? (Elija una respuesta para cada opción)

| | Nunca | Una vez | Dos veces | Tres veces o más |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Neumonía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Bronquitis para la cual tomó antibióticos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Gripe (con tos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Durante los **últimos 6 meses**, ¿con qué frecuencia se quedó sin aliento? (Elija una respuesta para cada opción)

| | <u>NINGÚN</u> parte del tiempo | <u>UN POCO</u> parte del tiempo | <u>PARTE</u> del tiempo | <u>LA</u> <u>MAYOR</u> parte del tiempo | <u>TODO</u> el tiempo |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|--|--------------------------|
| a. Cuando se acuesta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Al sentarse, al descansar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Al caminar menos de una cuadra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Al subir un piso de escaleras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Al subir varios pisos de escaleras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. ¿ **Alguna vez** le ha dicho un médico que usted tiene alguno de los siguientes problemas relacionados con el corazón o con la circulación? (Elija una respuesta para cada opción)

| | No | Sí |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Previo infarto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Falla congestiva del corazón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Angina de pecho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía presión arterial alta?

- No (Sí contesto “no”, por favor continúe a la pregunta 9)
- Sí
- No lo sé

Sí contesto “Sí” responda las siguientes preguntas:

a. ¿Cuántos años hace que tiene presión arterial alta?

- Menos de 5 años
- 5-9 años
- 10 años o más
- No lo sé

b. Durante **los últimos 6 meses**, ¿tomó algún medicamento para la presión arterial alta?

- Sí, y el medicamento controló mi presión arterial alta
- Sí, pero mi presión arterial continúa siendo alta
- No, no tomé ningún medicamento para la presión arterial alta

9. ¿**Alguna vez** le hicieron alguna de las siguientes operaciones o procedimientos relacionados con su corazón? (Marque uno por cada línea)

| | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cirugía de bypass de las arterias coronarias (cirugía a corazón abierto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Angioplastia coronaria (balón o stent) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Cateterismo cardíaco (angiograma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Prueba de esfuerzo cardíaco (ergometría) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Marcapasos/colocación de desfibrilador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. En los **últimos 6 meses** ¿Cuántas veces ha tenido alguno de los siguientes problemas relacionados con su corazón o la circulación? (*Marque uno por cada línea*)

| | Ningún parte del tiempo | Un poco parte del tiempo | Parte del tiempo | La mayor parte del tiempo | Todo el tiempo |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| a. Dolor de pecho o presión en el pecho cuando hace ejercicio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Dolor de pecho o presión al descansar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tobillos o piernas que se hinchan durante el transcurso del día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Desmayos o mareos cuando se pone de pie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Durante los **últimos 6 meses**, ¿con qué frecuencia ha tenido dolor de espalda o en las articulaciones? (*Marque uno por cada línea*)

| | Nunca | Una o dos veces solamente | Como una vez al mes | Casi cada semana | Más de una vez a la semana |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| a. Que duró como mínimo medio día | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Que le impidiera dormir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Que le impidiera hacer ejercicios o actividades vigorosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía alguno de los siguientes problemas en los pies o las piernas? (*Marque uno por cada línea*)

| | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Enfermedad vascular periférica (mala circulación en las piernas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Claudicación(calambres en las pantorrillas al realizar ejercicio físico) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Neuropatía periférica (entumecimiento, hormigueo o quemazón en los pies) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. úlceras en los pies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía alguno de los siguientes problemas? (Marque uno por cada línea)

| | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ataque isquémico transitorio (TIA, por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Epilepsia o trastorno convulsivo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Enfermedad de Parkinson | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Migrañas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. ¿**Alguna vez** tuvo alguno de los siguientes problemas? (Marque uno por cada línea)

| | No | Sí |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Parálisis o debilidad en un lado del cuerpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Pérdida de la habilidad de hablar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía alguno de los siguientes problemas en los ojos? (Marque uno por cada línea)

| | No | Sí |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cataratas (enturbiamiento del cristalino del ojo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Glaucoma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Visión borrosa (que no pudiera corregirse con gafas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Retinopatía o degeneración macular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16. ¿ **Alguna vez** se sometió a alguna de las siguientes operaciones de los ojos? (Marque uno por cada línea)

| | No | Sí, en un ojo | Si, en los dos ojos |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Cirugía de cataratas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Tratamiento láser para diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. ¿**Alguna vez** le dijo un médico que tenía diabetes?

- No (*Sí contesto "No", continúe a la pregunta 18*)
- Sí
- No lo sé

Sí contesto "Sí", responda las siguientes preguntas:

a. ¿Cuántos años ha tenido diabetes?

- Menos de 5 años
- 5-9 años
- 10 años o más
- No lo sé

b. ¿Recibe inyecciones de insulina?

- No
- Sí
- No lo sé

18. ¿ **Alguna vez** le dijo un médico que tenía enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa)?

- No
- Sí
- No lo sé

Salud General

19. Las siguientes son actividades que usted quizás realice durante un día típico. ¿Le limita actualmente su salud en hacer estas actividades? ¿Sí es así, que tanto?(Marque un por cada línea)

| | Sí, estoy muy LIMITADO | Sí, estoy un poco LIMITADO | No estoy LIMITADO en nada |
|---|--------------------------|----------------------------|---------------------------|
| a. <u>Actividades vigorosas</u> , tal como correr, levantar objetos pesados, tomar parte en deportes arduos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Actividades moderadas</u> , tal como mover una mesa, aspirar, jugar boliche o golf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Levantar o llevar las bolsas del mercado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Subir <u>varios</u> pisos de escaleras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Subir <u>un</u> piso de escaleras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Doblarse, arrodillarse, o agacharse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Caminar <u>más de una milla</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Caminar <u>varios cientos de yardas</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Caminar <u>cien yardas</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Bañarse <u>o vestirse</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Estas preguntas son acerca de cómo se siente y de cómo han andado las cosas con usted durante las **últimas 4 semanas**. Por cada pregunta, por favor proporcione la respuesta que más se acerque a cómo ha estado sintiéndose.

¿Cuanta parte del tiempo durante las **últimas 4 semanas...**
(Marque uno por cada línea).

| | <u>NINGÚN</u> parte del tiempo | <u>UN</u> <u>POCO</u> parte del tiempo | <u>PARTE</u> del tiempo | <u>UN BUEN</u> parte del tiempo | <u>LA</u> <u>MAYOR</u> parte del tiempo | <u>TODO</u> el tiempo |
|--|--------------------------------------|---|-------------------------------|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| a. ¿Se sintió repleto de la vida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Se ha sentido muy nervioso? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Se ha sentido tan desanimado y triste que nada podía alegrarlo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Se ha sentido calmado y en paz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. ¿Tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. ¿Se sintió decaído y deprimido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. ¿Se sintió desgastado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Ha sido feliz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. ¿Se sintió cansado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21. ¿Durante las últimas 4 semanas con que frecuencia fueron las siguientes declaraciones verdaderas? *(Elija una respuesta para cada opción)*

| | <u>NINGÚN</u> parte del tiempo | <u>PARTE o</u> <u>POCO</u> del tiempo | <u>DE VEZ EN</u> <u>CUANDO</u> | <u>LA MAYOR</u> <u>parte o</u> <u>TODO</u> el tiempo |
|---|--------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| a. Me molesté por las cosas que generalmente no me molestan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Sentí que no podía quitarme la tristeza aún con la ayuda de mi familia o amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Tuve problemas concentrándome en lo que hacía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Me sentí deprimido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Sentí que todo lo que hacía era un esfuerzo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Mi sueño era inquieto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Fuí feliz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Disfruté de la vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Me sentí triste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Salud de órganos específicos

Salud urinaria

22. Durante las **últimas 4 semanas** ¿con qué frecuencia tuvo pérdidas de orina? *(Elija una opción)*

- Más de una vez por día
- Aproximadamente una vez por día
- Más de una vez por semana
- Alrededor de una vez por semana
- Rara vez o nunca

23. ¿Cuál de las opciones siguientes describe mejor su control urinario durante las **últimas 4 semanas**? *(Elija una opción)*

- Ningún tipo de control urinario
- Goteos frecuentes
- Goteos ocasionales
- Control total

24. ¿Cuántos apósitos o pañales de adultos al día usó usted en general para controlar la pérdida de orina durante las **últimas 4 semanas**? *(Elija una opción).*

- Ninguno
- 1 apósito por día
- 2 apósitos por día
- 3 o más apósitos por día

25. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**? (Marque una respuesta por línea)

| | Ningún problema | Un problema muy pequeño | Un problema pequeño | Un problema moderado | Un problema grande |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Pérdida de orina | <input type="checkbox"/> |
| b. Dolor o ardor al orinar | <input type="checkbox"/> |
| c. Sangrado con la orina | <input type="checkbox"/> |
| d. Chorro de orina débil o vaciado incompleto de la vejiga | <input type="checkbox"/> |
| e. Necesidad de orinar con frecuencia durante el día | <input type="checkbox"/> |

26. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) su función urinaria durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- Ningún problema
- Un problema muy pequeño
- Un problema pequeño
- Un problema moderado
- Un problema grande

Salud intestinal

27. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**? (Marque una respuesta por línea)

| | Ningún problema | Un problema muy pequeño | Un problema pequeño | Un problema moderado | Un problema grande |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Urgencia de defecar | <input type="checkbox"/> |
| b. Mayor frecuencia de las defecaciones | <input type="checkbox"/> |
| c. Pérdida de control de la materia fecal | <input type="checkbox"/> |
| d. Materia fecal con sangre | <input type="checkbox"/> |
| e. Dolor abdominal/pélvico/rectal | <input type="checkbox"/> |

28. ¿En términos generales ¿en qué medida han sido un problema para usted sus hábitos intestinales durante las **últimas 4 semanas**?
(Elija una opción)

- Ningún problema
- Un problema muy pequeño
- Un problema pequeño
- Un problema moderado
- Un problema grande

Salud sexual

29. ¿Tiene usted actualmente relaciones sexuales con otra persona?

- Sí (Cualquiera sea su respuesta por favor trate de responder las siguientes preguntas)
- No

30. ¿Usa actualmente alguno de los siguientes para resolver problemas de la función sexual? (Marque una respuesta por línea)

| | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Dispositivo de succión de vacío | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Inyecciones peneanas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Comprimidos, tales como Viagra, Cialis, Levitra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Gránulos o supositorios para la uretra (Muse) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Prótesis peneanas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

31. ¿Cómo calificaría cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**?
(Marque una respuesta por línea)

| | Muy mala o ninguna | Mala | Regular | Buena | Muy buena |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Su capacidad para tener una erección | <input type="checkbox"/> |
| b. Su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) | <input type="checkbox"/> |

32. ¿Cómo calificaría la CALIDAD habitual de sus erecciones durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- No tuve ninguna erección
- No lo suficientemente firme para ninguna actividad sexual
- Lo suficientemente firme para masturbación y juegos eróticos
- Lo suficientemente firme para mantener una relación sexual

33. ¿Cómo calificaría la FRECUENCIA de sus erecciones durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- NUNCA tuve una erección cuando la quise
- Tuve una erección MENOS DE LA MITAD de las veces que la quise
- Tuve una erección APROXIMADAMENTE LA MITAD de las veces que la quise
- Tuve una erección MÁS DE LA MITAD de las veces que la quise
- Tuve una erección SIEMPRE que la quise

34. ¿Cómo calificaría su capacidad de funcionar sexualmente durante las **últimas 4 semanas** ? (Elija una opción)

- Muy mala
- Mala
- Regular
- Buena
- Muy buena

35. En general, ¿en qué medida ha sido un problema para usted su función sexual o la falta de función sexual durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una opción)

- Ningún problema
- Un problema muy pequeño
- Un problema pequeño
- Un problema moderado
- Un problema grande

Problemas Hormonales

36. ¿En qué medida ha sido un problema para usted (si lo fué) cada uno de los siguientes durante las **últimas 4 semanas**? (Elija una respuesta para cada opción)

| | Ningún problema | Un problema muy pequeño | Un problema pequeño | Un problema moderado | Un problema grande |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Sofocos de calor | <input type="checkbox"/> |
| b. Sensibilidad/agrandamiento de los senos | <input type="checkbox"/> |
| c. Depresión | <input type="checkbox"/> |
| d. Falta de energía | <input type="checkbox"/> |
| e. Cambio en el peso corporal | <input type="checkbox"/> |

Inquietudes relacionadas con las consecuencias del cáncer de próstata

37. En general, ¿de que tamaño es la molestia para usted y su familia en cada una de las siguientes áreas a causa de tener **cáncer de próstata**? (Elija una respuesta para cada opción)

| | <u>Muy Grande</u> molestia | <u>Grande</u> molestia | Me Siente <u>Neutral</u> | <u>Pequeña</u> molestia | <u>Muy Pequeña</u> molestia | <u>No es una</u> molestia |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| a. Nuestra salud en general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Nuestras actividades sociales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Nuestros estilo de vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Nuestras finanzas en general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Nuestras finanzas debido a lo que cuesta mi tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Nuestras finanzas debido a lo que cuestan otros servicios de salud para el cáncer de la próstata (como visitas al médico, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Nuestras finanzas debido al costo de mi seguro de salud porque tengo cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

38. ¿ Que tan cierto fueron cada una de las siguientes oraciones para usted durante las **últimas 4 semanas?** (Elija una respuesta para cada opción)

| | Para nada | Un Poco | Algo | Bastante | Mucho |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Estoy seguro de que mi cáncer esta bajo control | <input type="checkbox"/> |
| b. Me preocupa que mi cáncer pueda regresar | <input type="checkbox"/> |
| c. Me preocupa que mi cáncer se extienda | <input type="checkbox"/> |
| d. Me pregunto si el tratamiento que recibí para el cáncer de próstata realmente funcionó | <input type="checkbox"/> |
| e. Me preocupa no saber exactamente qué sucede con mi cáncer de próstata | <input type="checkbox"/> |

Satisfacción con respecto a la atención medica

39. En términos generales, ¿que tan satisfecho se siente con respecto a...? (Elija una respuesta para cada afirmación)

| | Totalmente satisfecho | Muy satisfecho | Algo satisfecho | Mezcla de satisfacción e insatisfacción | Algo insatisfecho | Muy insatisfecho | Totalmente insatisfecho |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. el efecto que los servicios de atención médica han tenido en ayudarlo a enfrentar su cáncer y mantener el bienestar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. el efecto que el tratamiento contra el cáncer ha tenido en cuanto a prevenir el avance o la recurrencia del cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. la calidad del tratamiento contra el cáncer que ha recibido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. el efecto que los servicios han tenido en cuanto a aliviar los síntomas o mitigar los problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. En términos generales, ¿que tan satisfecho está con el tratamiento contra el cáncer que ha recibido? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Problemas/Complicaciones

40. ¿Tuvo algún problema debido a su tratamiento contra el cáncer de próstata?

- Sí (*Sí contesto "Sí" elija todas las opciones que correspondan*)
 No (*Sí contesto "No", por favor continúe a la pregunta 41*)

| | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Cicatrices/estenosis en la uretra | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Infecciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Neumonía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Trombosis venosa profunda/embolia pulmonar/coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hernia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Otro (especifique): _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

41. Desde que recibió tratamiento para su cáncer de próstata, ¿fue hospitalizado alguna vez por problemas relacionados con el cáncer de próstata?

- Sí
 No

42. ¿A cuáles de los siguientes profesionales de la salud ha visto en los últimos 6 meses?

Por favor no incluya consultas durante su hospitalización ni visitas al medico para recibir una inyección de medicamento solamente.

| | Sí | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Medico de atención primaria, internista medico general | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Urólogo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Oncólogo (especialista en cáncer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Oncólogo de radiación/radiólogo, técnico de radiación/terapeuta para tratamiento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Profesional de salud mental (psiquiatra, psicólogo, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Enferma especialista o asistente medico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Gastroenterólogo, proctólogo (especialista del aparato digestivo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Cardiólogo (especialista en enfermedades cardiacas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Optometrista, oftalmólogo (especialista de los ojos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Dermatólogo (especialista de la piel) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Alergista | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Otorrinolaringólogo (medico especialista en garganta, nariz, y oído) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m. Ortopedista (especialista de los huesos) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n. Podiatra (especialista de los pies) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o. Neurólogo (especialista de sistema nervioso) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p. Otros médicos (especifique, por ejemplo, clínica del dolor, pulmonologo): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q. Quiropráctico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| r. Otros trabajadores de salud(especifique, por ejemplo, dietista, fisioterapeuta, trabajador social): _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

43. ¿Cuál es su situación de empleo? *(Marque todas que le correspondan)*

- Trabajando a tiempo completo
- Trabajando a tiempo parcial
- Retirado
- Estoy sin empleo (o buscando trabajo)

44. ¿Cómo se describiría usted? *(Elija una opción)*

- Blanco/Caucásico (no Latino ni Hispano)
- Negro/ Afro-Americano (no Latino ni Hispano)
- Latino/Hispano/ Mexicano-Americano
- Asiático/Oriental/Nativo de las islas del Pacífico
- Indio Americano/Nativo de Alaska
- Otro, por favor especifique: _____

45. ¿Cuál es aproximadamente su ingreso familiar combinado anual?
(Marque uno)

- Menos de \$10,000
- \$10,000 - \$30,000
- \$30,001 - \$50,000
- \$50,001 - \$100,000
- Más de \$100,000

46. ¿Cuál es el máximo nivel de educación que ha completado?
(Marque uno)

- Escuela primaria o menos
- Escuela secundaria o escuela técnica incompleta
- Escuela secundaria o escuela técnica completa
- Universidad incompleta
- Universidad completa
- Estudios de posgrado o escuela profesional después de la universidad

47. ¿Cuál es su estado civil actual?

- Nunca me he casado
- Casado
- Separado
- Divorciado
- Viudo

48. ¿Qué tipo de seguro de salud o cobertura de atención médica tiene actualmente? *(Marque todas las que correspondan)*

- No tengo seguro
- Seguro medico privado u Organización de mantenimiento de salud (HMO)
- Medicare
- Atención medica de la administración de los veteranos (VA)
- Atención médica militar (incluye CHAMPUS/TriCARE, CHAMP-VA)
- Medicaid
- Servicio de salud indígena, Programa de salud tribal o clínica Indígena urbana
- No lo sé
- Otra, por favor especifique: _____

Muchas gracias por participar. Por favor regrese esta encuesta en el sobre incluido con el franqueo pagado. Si tiene alguna pregunta por favor llame a:

Pamela Lee al 323-442-2364 o Jennifer Zelaya al 323-865-0687

CEASAR Study

Keck School of Medicine of USC

2001 N. Soto St., SSB 318E MC9239

Los Angeles, CA 90089-9239