

Cuestionario anticoagulantes

Código Postal:
Edad:
Sexo:
Nivel de estudios: <input type="radio"/> Sin estudios <input type="radio"/> Primarios <input type="radio"/> Ed Secundaria <input type="radio"/> FP <input type="radio"/> Universitarios
Medicamento que toma: CN <input type="radio"/> Acenocumarol <input type="radio"/> Warfarina <input type="radio"/> HBPM <input type="radio"/> Dabigatrán <input type="radio"/> Rivaroxabán <input type="radio"/> Otro: _____

- 1. ¿Su tratamiento es temporal o crónico?**
 - a. Duración de tratamiento (en años): _____
- 2. Sabe para qué lo toma?**
 - Fibrilación auricular
 - Valvulopatía
 - Trombosis venosa/Embolia pulmonar
 - Otras
 - NS/NC
- 3. Toma la medicación siempre a la misma hora?**
 - Sí
 - No

4. Se le ha olvidado tomarlo alguna vez?

- Sí
- No

5. Si toma Antivitamina K: Dónde le realizan el control de INR?

- Médico Atención Primaria
- Enfermería
- Especialista
- Otros.....

6. Si toma antivitamina K ¿Cada cuánto se controla el INR? _____

ÚLTIMO INR:

7. Cuando tiene una duda, a quién acude?

- Médico Atención Primaria
- Enfermería
- Especialista
- Farmacéutico

8. ¿Está satisfecho con su medicación?

- Muy satisfecho
- Bastante satisfecho
- Satisfecho
- Poco Satisfecho

9. EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, ¿Ha padecido alguna complicación médica como una Hemorragia o trombosis?

- Sí, una trombosis/ embolia
- Sí, una hemorragia
- No, ninguna complicación

10. ¿Está satisfecho con la información que le han dado en su centro de salud/especialista u otro profesional sanitario sobre la toma de esta medicación?

- Muy satisfecho
- Bastante satisfecho
- Satisfecho
- Poco Satisfecho