**Lung Transplant Health-Related Quality of Life (LT-QOL) Survey**

LT-QOL Copyright and Permission

Although the LT-QOL is copyrighted, it is available without charge and no written permission is required for use.

If you translate the LT-QOL to another language, please send a copy to Dr. Singer for our records: jon.Singer@ucsf.edu

**You are free to:**

**Share** — copy and redistribute the material in any medium or format

**Adapt** — remix, transform, and build upon the material

**Under the following terms:**

**Attribution** — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

**NonCommercial** — You may not use the material for commercial purposes.

**ShareAlike** — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the same license as the original.

Citation: Singer JP, Soong A, Chen J, Shrestha P, Zhuo H, Gao Y, Greenland JR, Hays SR, Kukreja J, Golden J, Gregorich SE, Stewart AL. Development and Preliminary Validation of the Lung Transplant Quality of Life (LT-QOL) Survey. Am J Respir Crit Care Med. 2019 Apr 15;199(8):1008-1019. doi: 10.1164/rccm.201806-1198OC. PMID: 30303408; PMCID: PMC6467318.

Funded by National Heart, Lung, and Blood Institute (Grant K23 HL111115, R01 HL134851) and National Institute on Aging (Grant P30-AG15272)

Fecha:

ID:

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA DESPUES DE UN TRASPLANTE PULMONAR (LT-QOL)

El propósito de esta encuesta es entender cómo su salud impacta su habilidad para hacer sus actividades del día a día y su calidad de vida.

# ¡Apreciamos su participación en este estudio!

Por favor de vuelta a la página para iniciar la encuesta.

Durante las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia experimentó alguno de estos síntomas, sin tener una infección o rechazo de pulmón?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Para Nada | Sólo cuando tuve una infección | Unos cuantos días del mes | Varios días por semana | Casi todos los días |
| 1. Tuve dificultad para respirar (falta ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2. Sentí presion en el pecho ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3. Tuve tos ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 4. Expulsé flema (esputo) ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5. Tuve episodios de sibilancias (silbido ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | 1 o 2 días | 3/4 días |  |  |
|  | por | por | Casi todos | Todos los |
| Nunca | semana | semana | los días | días |
| 6. Durante los últimos 3 meses,¿cuántos días buenos (con pocas ☐tenido? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 0 |  |  | 3 | 3 + |
| episodios | 1 episodio | 2 episodios | episodios | episodios |
| 7. Durante los últimos 3 meses,¿cuántos episodios severos o muydesagradables de problemas ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| pulmonares/respiratorios hatenido? |  |  |  |  |
| La siguente es una lista de síntomas o condiciones |  |  |  |  |  |
| que tal vez usted haya experimentado. Durante |  | Una o |  |  | Muy |
| las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha |  | dos | Pocas | Frecuent | frecuent |
| experimentado lo siguiente? | Nunca | veces | veces | -emente | -emente |
| 8. Tuve dificultad para tragar comida | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Tuve dificultad para tragar liquidos | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

de aire)

al respirar)

molestias pulmonares/respiratorias) ha

La siguente es una lista de síntomas o condiciones que tal vez usted haya experimentado. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha

experimentado lo siguiente? Nunca

Una o dos veces

Pocas veces

Frecuent

-emente

Muy frecuent

-emente

1. Me ahogué al tragar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Me ha molestado el sabor de la comida ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. Tuve poco apetito ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4. Tuve nausea ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
5. Tuve molestias o dolor de estómago ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6. Tuve hinchazón o calambres en el área del estómago

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. Tuve estreñimiento ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Tuve diarrea ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
3. He tenido urgencia para ir al baño ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
4. Tuve temblor de manos ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
5. Sentí debilidad en las piernas ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
6. Sentí entumecimiento de las manos o de los pies
7. Sentí molestias en las manos o en los pies (dolor, calambres, ardor, etc)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Las siguientes preguntas son sobre las últimas cuatro semanas de su tratamiento médico (tomar sus medicamentos, acudir a sus citas en la clínica, y tener exámenes como rayos X o broncoscopías).

Para

nada Poco Algo Bastante

Demasia do

1. Los efectos del tratamiento médico han sido peor de lo que imagine.
2. ¿Qué tan difícil ha sido su vida al seguir su tratamiento médico (incluyendo tomar sus medicamentos)?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. ¿Qué tan difícil fue seguir su tratamiento médico diariamente?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Durante las ultimas 4 semanas, ¿en qué medida aplican a usted las siguientes aseveraciones?

Para

nada Poco Algo Bastante

Demasia do

1. Me preocupa que mi transplante de pulmón no va a funcionar o que voy a tener rechazo.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. Me preocupa contraer infecciones. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Ha sido difícil hacer planes a futuro por mi transplante.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. Me preocupa que mi salud vaya a empeorar. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Siento incertidumbre acerca de mi salud en el futuro.

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Durante las ultimas 4 semanas, ¿con qué frequencia le han afectado los siguientes

problemas? Nunca

Una o dos veces

Unas cuantas veces

Regular mente

Muy frecuent emente

1. Sentirse nervioso o ansioso ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. No poder controlar su preocupacion o estar preocupado constantemente
3. Preocuparse en exceso sobre differentes cosas

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. Dificultad para relajarse ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Sentirse tan inquieto que es dificil estar tranquilo

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. Enojarse o irritarse fácilmente ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Sentir miedo de que algo terrible va a ocurrir ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Las siguientes preguntas son sobre como se siente y como ha estado. Durante las últimas

cuatro semanas, ¿qué tan frecuentemente… Nunca

Una o dos veces

Pocas veces

Frecuent emente

Muy frecuente mente

1. El estar deprimido ha interferido con sus actividades usuales?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. Se ha sentido deprimido? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Ha estado malhumorado o rumiando pensamientos?
3. Se ha sentido con el ánimo decaído o muy decaído?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. Se ha sentido descorazonado y deprimido? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Para

nada Poco Algo Bastante

Demasiad o

1. ¿Qué tan deprimido se ha sentido en su peor momento?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto

tiempo… Nunca

Poco tiempo

Algo de tiempo

La mayoria del tiempo

Todo el tiempo

1. Tuvo dificultad para razonar y resolver problemas, por ejemplo, tomar decisiones, o aprender cosas nuevas?
2. Tuvo dificultad para realizar actividades que requiren pensar y concentrarse?
3. Se confundió y empezó varias actividades a la vez?
4. Se le olvidaron las cosas, por ejemplo, hechos recientes, donde puso las cosas, o sus citas?
5. Tuvo dificultad para estar atento durante una actividad por cierto tiempo?
6. Reaccionó con lentitud a cosas que pasaron o le dijeron?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

¿Qué tan frecuentemente en las últimas

semanas… Nunca

Una o dos veces

Pocas veces

Frecuent emente

Muy Frecuente mente

1. Sintió frustracion acerca de su salud? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Se sintió abrumado por sus problemas de salud?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. Se sintió desanimado por sus problemas de salud?
2. Se sintió desesperado por sus problemas de salud?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1. Se sintió asustado por salud? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
2. Su salud fue una preocupación en su vida? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Las siguientes preguntas son sobre cómo sus problemas de salud pueden interferir con su vida sexual. Son preguntas personales, pero son importantes para entender cómo los problemas de salud pueden afectar la vida de la gente.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Durante las ultimas 4 semanas, en qué medida aplican a usted las siguientes aseveraciones? | Para nada | Poco | Algo | Bastante | Demasiad o |
| 56. ¿Ha perdido el interés en las relaciones sexuales? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 57. ¿Ha sentido incapacidad para relajarse y disfrutar del sexo? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 58. ¿Ha tenido dificultad para sentir excitación sexual? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Las últimas dos preguntas son sobre su vida en general. |  |  |  |  |  |
| Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida aplican a usted las siguientes aseveraciones? | Para nada | Poco | Algo | Bastante | Demasiad o |
| 59. Soy capaz de disfrutar la vida. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 60. Estoy contento con mi calidad de vida en | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

este momento.

# Ha llegado al final de su encuesta. ¡Gracias por su participación!