

GUÍA DE PREPARACIÓN PARA TU VISITA MÉDICA

Esta guía ha sido creada con el objetivo de **organizar mejor las visitas post-trasplante que vas a realizar con tu médico.**

El cuestionario consta de dos partes: la primera sobre **síntomas físicos y emocionales que puedas sufrir** y la segunda parte, sobre el **conocimiento de la enfermedad**, para valorar el nivel de información que recibes y posibles preocupaciones que puedas tener.

Recomendaciones para cumplimentar la guía



Puedes leer signos o síntomas con los que no te sientes identificado/a en esta guía. Solo marca aquellos con los que te identificas.



Pregunta a tu cuidador habitual si tiene dudas sobre qué responder en alguna de las preguntas.



Contesta basándote en los síntomas desde la última visita.



No hay respuestas correctas o incorrectas, simplemente es una valoración de tu estado particular que tiene como objetivo mejorar la comunicación con tu médico.



Aunque sea un pequeño detalle, coméntalo con tu Equipo de Trasplantes porque puede ser relevante.

Avalado por:



Impulsado por:

sanofi

Lee detenidamente los signos y síntomas que se van a presentar a continuación. **Marca solo aquellos con los que te sientas identificado/a y el grado en el que han aparecido.** Ten en cuenta que estos pueden no ser específicos de EICR y pueden ser debidos a otras causas, pero detectarlos y tratarlos a tiempo puede mejorar el pronóstico. Si hay más de una pregunta, marca aquellas con las que te sientas identificado/a, sean todas, algunas o ninguna.

-  **No síntomas/signos**  **Afectación moderada/grave**
 **Afectación leve**

RECUERDA COMENTARLE A TU MÉDICO:

Cuándo te aparecieron los síntomas, cómo te has sentido o qué observaste, la frecuencia con la que lo experimentas, si te mantienes estable o has empeorado y cómo te afectan en tu día a día.



PIEL, UÑAS Y VELLO

-    ¿Has notado **erupciones cutáneas, ronchas o áreas de piel enrojecida?**
-    ¿Has sentido **picor en la piel** sin una causa aparente?
-    ¿Sientes la **piel seca, áspera o descamada?**
-    ¿Has observado **cambios en el color o tono de tu piel?**
-    ¿Has notado que tu **piel** se vuelve **más gruesa o dura** al tacto?
-    ¿Has notado **cambios en la textura de tu cabello** (más frágil o fino)?
-    ¿Has notado **cambios en tus uñas** (fragilidad, desprendimiento, cambios en la coloración, engrosamiento y/o crecimiento irregular)?



OJOS

-    ¿Sientes los ojos secos, **como si tuvieras arena?**
-    ¿Sientes los ojos **rojos o irritados?**
-    ¿Sientes **molestias con la luz o el viento?**
-    ¿Has notado que **tu visión se vuelve borrosa?**



MUCOSA ORAL

-    ¿Notas **sequedad en la boca o esta sequedad te dificulta al comer?**
-    ¿Tienes **llagas o úlceras dolorosas** en la boca (o labios)?
-    ¿**Necesitas tomar calmantes o analgésicos** para el dolor en la boca?
-    ¿Has notado **manchas blancas y/o rojas en la lengua, paladar, encías o interior de las mejillas** de la boca?
-    ¿Tienes **dificultad para tragar alimentos o líquidos?**
-    ¿Notas **mayor sensibilidad a los alimentos calientes/fríos, ácidos o picantes?**
-    ¿Tienes **dificultad para abrir la boca ampliamente?**



SISTEMA DIGESTIVO

-    ¿Has presentado **náuseas o vómitos?**
-    ¿Sientes dolor o **molestias en el abdomen?**
-    ¿Has experimentado **diarrea o heces más blandas** desde la última visita?
-    ¿Los **cambios en el apetito** te causaron comer menos?
-    ¿Has **reducido la cantidad de alimentos** que tomas? Indica qué has comido en las últimas 24h
-    ¿Has sufrido una **pérdida de peso involuntaria?**



PULMONES

-    ¿Has notado **dificultad para respirar o sensación de falta de aire** cuando está **en reposo**, por ejemplo, estando sentado?
-    ¿Notas **dificultad para respirar o sensación de falta de aire** al hacer **esfuerzos leves o moderados**, como subir escaleras?
-    ¿Has experimentado **tos seca de forma persistente?**



ARTICULACIONES

- ¿Has notado **dolor o rigidez en tus brazos, pies o tobillos**?
- ¿Has notado **dolor muscular, calambres, rigidez o debilidad sin causa aparente**?
- ¿Has notado **dificultades al realizar tus actividades físicas diarias** como ponerse o sacarse los calcetines o cogiendo algo del armario?



GENITALES

- ¿Tienes molestias genitales durante las relaciones sexuales?
- ¿Has notado molestia al orinar, durante un examen ginecológico o secando la zona?
- ¿Has notado irritación, sequedad, quemazón, erupción, úlceras, secreciones u otras molestias?



CARGA EMOCIONAL

- ¿Te sientes con **bajo estado de ánimo**?
- ¿Tienes **ansiedad**?
- ¿Cómo es tu **capacidad para cuidarte y valorarte**?
- ¿Cómo de **positiva es tu visión del futuro**?
- ¿Cómo te sientes con respecto a tus emociones?



Escanea el QR para ver este material online sobre la EICR



Para información más detallada, descarga el manual práctico de la EICR

EICR: enfermedad injerto contra receptor.
1. Manual práctico sobre la Enfermedad Injerto contra Receptor para pacientes y cuidadores. Fundación Josep Carreras. 2024. Disponible en: <https://fcarreras.org/blog/eicr/> Última consulta julio 2024

ESPACIO PARA TALONARIO A6

MAT-ES-2402336-v2-03/2025

Impulsado por:
sanofi

Material realizado con un grupo de profesionales sanitarios y representantes de pacientes.