

CUESTIONARIO

REFERENCIA AGUJAS: _____

1. A continuación, indique para cada toma de insulina si percibe dolor utilizando la aguja de prueba. SOLO EN CASO DE QUE SÍ PERCIBA DOLOR, indique el grado de dolor percibido utilizando la escala visual del dolor entregada junto con el cuestionario, donde 1 representa el mínimo dolor y 10 el máximo.

Día 1:

Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____
Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____

Día 2:

Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____
Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____

Día 3:

Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____
Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____

Día 4:

Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____
Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____

Día 5:

Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____
Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____	Dolor: No <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> Grado: ____

Responda a las dos siguientes preguntas UNA VEZ FINALIZADOS LOS CINCO DÍAS DE PRUEBA:

2. En relación con este estudio, ¿presenta algún tipo de hematoma?

No Sí

Si ha seleccionado la opción "Sí", indique el número: _____

3. Valore su grado de aceptación/satisfacción con las agujas de prueba, siendo 0 la menor aceptación y 10 la máxima:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10