



Registro de pacientes con miopatía inflamatoria idiopática de España

Sociedad Española de Reumatología

Versión 4.0 (septiembre 2018)

CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS

VISITA INICIAL

CÓDIGO DEL PACIENTE:

FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO: __/__/__

¿ESTÁ FIRMADO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO?:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

1. Datos generales, de inclusión y sociodemográficos.

1.1. Fecha de nacimiento: __/__/__

1.2. Sexo: H/M

1.3. Raza:

<input type="checkbox"/> Caucásica
<input type="checkbox"/> Africana (negra y magrebí)
<input type="checkbox"/> Asiática
<input type="checkbox"/> Hispana
<input type="checkbox"/> Otras

1.4. Nivel de estudios:

<input type="checkbox"/> Sin estudios
<input type="checkbox"/> Básicos (educación primaria o primera etapa de enseñanza secundaria)
<input type="checkbox"/> Intermedios (enseñanza bachillerato y enseñanza profesional de grado medio o equivalente)
<input type="checkbox"/> Superior (enseñanza profesional de grado superior o equivalente y estudios universitarios o equivalentes)
<input type="checkbox"/> Desconocido

1.5. ¿Tiene el paciente un diagnóstico de miopatía de causa tóxica, infecciosa o secundaria a enfermedad neuromuscular?:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

1.6. ¿Cumple criterios de clasificación de miopatía inflamatoria idiopática (MII)?:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Criterios 2017 EULAR/ACR
<input type="checkbox"/> Criterios de Bohan y Peter
<input type="checkbox"/> Criterios 2017 EULAR/ACR + Bohan y Peter

1.7. Clasificación de la miopatía:

<input type="checkbox"/> Polimiositis
<input type="checkbox"/> Dermatomiositis
<input type="checkbox"/> Miositis por cuerpos de inclusión
<input type="checkbox"/> Miopatía necrotizante inmunomediada
<input type="checkbox"/> Dermatomiositis clínicamente amiopática
<input type="checkbox"/> Dermatomiositis hipomiopática
<input type="checkbox"/> Síndrome de solapamiento
<input type="checkbox"/> No clasificable

1.8. Fecha de diagnóstico de la MII: __/__/__

1.9. Fecha de inicio de los síntomas de la MII: __/__/__

2. Criterios de Clasificación.

2.1. Forma de inicio de la MII:

<input type="checkbox"/> Agudo
<input type="checkbox"/> Subagudo
<input type="checkbox"/> Insidioso

2.2. Debilidad de las extremidades superiores, inferiores, y/o la musculatura flexora-extensora del cuello:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

2.2.1. Fecha de Inicio de la debilidad: __/__/__

2.3. Elevación de los niveles de enzimas musculares:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

2.3.1. Fecha de inicio de la elevación de las enzimas musculares: __/__/__

2.4. Dolor muscular a la presión o dolor muscular espontáneo:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Al inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> En los primeros 2 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 2 a 5 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> Más de 10 años tras el inicio de los síntomas

2.5. Manifestaciones articulares:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Al inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> En los primeros 2 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 2 a 5 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> Más de 10 años tras el inicio de los síntomas

2.6. Manifestaciones digestivas:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Al inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> En los primeros 2 años tras el inicio de los síntomas

<input type="checkbox"/> De 2 a 5 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> Más de 10 años tras el inicio de los síntomas

2.7. Manifestaciones sistémicas:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Al inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> En los primeros 2 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 2 a 5 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> Más de 10 años tras el inicio de los síntomas

2.8. Biopsia muscular diagnóstica de MII:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

2.8.1 Fecha de biopsia muscular específica de MII: __/__/__

2.9. Patrón de miopatía en EMG:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

2.9.1. Fecha de EMG con patrón de miopatía: __/__/__

2.10. Alteración muscular característica por RMN con Stir:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Al inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> En los primeros 2 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 2 a 5 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> Más de 10 años tras el inicio de los síntomas

2.11. Erupción típica de Dermatomiositis (eritema en Heliotropo, pápulas o signo de Gottron):

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

2.11.1. Fecha de aparición de erupción típica: __/__/__

3. Actividad de la enfermedad.

3.1. Actividad constitucional en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.2. Actividad cutánea en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.2.1. Ulceración cutánea

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.2. Paniculitis

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.3. Rash eritematoso, incluido eritrodermia

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.4. Cambios macroscópicos en capilares periungueales

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.5. Alopecia

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.6. Manos de mecánico

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.7. Vasculitis cutánea con biopsia compatible

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad

<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad
--

3.2.8. Esclerodactilia

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.9. Fenómeno de raynaud

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.10. Especificar si están presentes las siguientes lesiones cutáneas: livedo reticular, lesiones mucosas, edema subcutáneo, o sobrecrecimiento cuticular

--

3.3. Actividad esquelética en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.3.1. Artritis o artralgias:

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.4 Actividad gastrointestinal en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.4.1. Disfagia o dismotilidad esofágica:

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.5 Actividad pulmonar en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.5.1. DLCO en el primer año de inicio de los síntomas (porcentaje absoluto respecto al valor predeterminado):

3.5.2. DLCO en la visita actual (porcentaje absoluto respecto al valor predeterminado):

3.5.3. CVF en el primer año de inicio de los síntomas (porcentaje absoluto respecto al valor predeterminado):

3.5.4. CVF en la visita actual (porcentaje absoluto respecto al valor predeterminado):

3.5.5. Patrón de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) por TACAR:

<input type="checkbox"/> No presente EPID en TACAR
<input type="checkbox"/> Neumonía intersticial no específica
<input type="checkbox"/> Neumonía intersticial usual
<input type="checkbox"/> Neumonía organizada
<input type="checkbox"/> Neumonía intersticial aguda
<input type="checkbox"/> Patrón no definido
<input type="checkbox"/> No realizado el TACAR

3.5.6 Fecha del diagnóstico de EPID por TACAR: __/__/__

3.5.7. Fecha de inicio de uso de oxígeno crónico domiciliario por EPID asociada a miositis (sólo si lo precisa o ha precisado): __/__/__

3.6. Actividad cardiovascular en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.6.1. Pericarditis, miocarditis, o arritmia:

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.7. Actividad de la enfermedad extramuscular en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.8. Actividad de la enfermedad muscular en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.9. Actividad global de la enfermedad del MDAAT en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.10. Actividad global de la enfermedad por el médico en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.11. Actividad global de la enfermedad por el paciente/padre en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.12. MMT8 (0-80):

4. Capacidad funcional.

4.1. HAQ (adultos) y cHAQ (niños) (0-3):

5. Daño.

5.1. Daño muscular en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.2. Daño esquelético en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.3. Daño cutáneo en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.3.1. Calcinosis (nódulos o placas superficiales, tumoral, planar o universal):

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.3.2. Lipodistrofia:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.4. Daño gastrointestinal en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.5. Daño pulmonar en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.5.1. Hipertensión arterial pulmonar:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.6. Daño cardiovascular en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.6.1. Hipertensión arterial precisando tratamiento > 6 meses:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.6.2. Cardiopatía isquémica \geq 18 años definida por Infarto de miocardio o angina o bypass de arteria coronaria:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.7. Daño vascular periférico en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.7.1. Isquemia en extremidades, trombosis venosa o arterial, o claudicación:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.8. Daño endocrino en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.8.1. Diabetes mellitus:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses

<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.9. Daño oftalmológico en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.10. Daño por Infección en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.10.1 Infección grave desde el inicio de los síntomas de miositis:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

5.10.2. Fecha infección grave 1: __/__/__

5.10.3. Tipo de infección grave 1:

<input type="checkbox"/> Septicemia
<input type="checkbox"/> Infección respiratoria de vías áreas inferiores
<input type="checkbox"/> Endocarditis
<input type="checkbox"/> Pielonefritis
<input type="checkbox"/> Artritis séptica
<input type="checkbox"/> Celulitis-abscesos de partes blandas
<input type="checkbox"/> Infección gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Infección neurológica
<input type="checkbox"/> Otras

5.10.4. Fecha infección grave 2: __/__/__

5.10.5. Tipo de infección grave 2:

<input type="checkbox"/> Septicemia
<input type="checkbox"/> Infección respiratoria de vías áreas inferiores
<input type="checkbox"/> Endocarditis
<input type="checkbox"/> Pielonefritis
<input type="checkbox"/> Artritis séptica
<input type="checkbox"/> Celulitis-abscesos de partes blandas
<input type="checkbox"/> Infección gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Infección neurológica
<input type="checkbox"/> Otras

5.11. Daño por Neoplasia en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.11.1. Neoplasia maligna

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.11.2. Fecha del diagnóstico de la 1ª neoplasia maligna: __/__/__

5.11.3. Fecha del diagnóstico de la 2ª neoplasia maligna: __/__/__

5.11.4. Tipo de neoplasia maligna

<input type="checkbox"/> Mama
<input type="checkbox"/> Ginecológico no mama
<input type="checkbox"/> Pulmón
<input type="checkbox"/> Hematológico
<input type="checkbox"/> Próstata
<input type="checkbox"/> Digestivo
<input type="checkbox"/> Cerebral
<input type="checkbox"/> ORL
<input type="checkbox"/> Osteomuscular
<input type="checkbox"/> Renal
<input type="checkbox"/> Endocrino
<input type="checkbox"/> Otros

5.12. Daño global del Myositis damage index (MDI) en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.13. Fallecimiento

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

5.13.1. Fecha de fallecimiento: __/__/__

5.13.2. Causa de fallecimiento:

<input type="checkbox"/> Infección
<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar intersticial difusa
<input type="checkbox"/> Evento cardiovascular
<input type="checkbox"/> Eventos adversos por el tratamiento de la MII

5.13.3. Por actividad de la enfermedad excluyendo EPID (escribir texto):

--

5.13.4. Otras causas del fallecimiento (escribir texto):

--

5.14. Valoración global del daño por el médico en escala visual analógica (0-10, medición en cm): No evaluable

5.15. Valoración global de daño por el paciente/padres en escala visual analógica (0-10, medición en cm): No evaluable

6. Laboratorio.

6.1. CPK al diagnóstico (U/L):

6.2. CPK de la visita (U/L):

6.3. PCR al diagnóstico (mg/L):

6.4. VSG al diagnóstico (mm/hora):

6.5. Ferritina al diagnóstico (mg/dl):

6.6. GOT/AST de la visita (U/L):

6.7. GPT/ALT de la visita (U/L):

6.8. LDH de la visita (mg/dl):

7. Anticuerpos.

7.1. Anti-sintetasa:

7.1.1. Anti-Jo1

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.1.2. AntiPL7

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.1.3. AntiPL12

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.1.4. Otros anticuerpos anti-sintetasa

<input type="checkbox"/> EJ
<input type="checkbox"/> OJ
<input type="checkbox"/> KS
<input type="checkbox"/> YRS
<input type="checkbox"/> ZO
<input type="checkbox"/> No realizados

7.2. Anti-MDA5:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.3. Anti-Mi2:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.4. Anti-SRP:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.5. Anti-TIF1-γ:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.6. Anti-NXP2:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.7. Anti- HMG-CoA reductasa

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.8. Anti-Ro:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.9. Anti-RNP:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.10. Presencia de anti-PM SCL:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

8. Otras comorbilidades.

8.1. Dislipemia:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

8.2. Estatinas:

<input type="checkbox"/> Nunca las ha tomado
<input type="checkbox"/> Sí, las ha tomado en el pasado previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, las toma en la actualidad

8.2.1. Fecha de inicio de estatinas: __/__/__

8.2.2. Fecha de fin de estatinas: __/__/__

8.3. Tabaquismo:

<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Exfumador
<input type="checkbox"/> Fumador actual

8.4. Asociación con otras enfermedades autoinmunes:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistémico
<input type="checkbox"/> Esclerosis sistémica
<input type="checkbox"/> Enfermedad mixta del tejido conectivo
<input type="checkbox"/> Síndrome de Sjögren
<input type="checkbox"/> Otras

9. Hospitalización.

9.1. Hospitalización desde el inicio de los síntomas de miositis:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

9.1.1. Fecha de hospitalización 1: __/__/__

9.1.2. Causa de hospitalización 1:

<input type="checkbox"/> Por actividad de la enfermedad

<input type="checkbox"/> Por infección
<input type="checkbox"/> Comorbilidades
<input type="checkbox"/> No relacionado con MII ni comorbilidades
<input type="checkbox"/> Otros

9.1.3. Fecha de hospitalización 2: __/__/__

9.1.4. Causa de hospitalización 2:

<input type="checkbox"/> Por actividad de la enfermedad
<input type="checkbox"/> Por infección
<input type="checkbox"/> Comorbilidades
<input type="checkbox"/> No relacionado con MII ni comorbilidades
<input type="checkbox"/> Otros

10. Tratamiento.

10.1. Corticoides orales:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.1.1. Fecha de primera dosis: __/__/__

10.1.2. Fecha última dosis: __/__/__

10.1.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.2. Antipalúdicos:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.2.1. Fecha de inicio: __/__/__

10.2.2. Fecha finalización: __/__/__

10.2.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.3. Inmunosupresores sintéticos.

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.3.1. Fecha de inicio: __/__/__

10.3.2. Fecha finalización: __/__/__

10.3.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.4. Inmunosupresores biológicos:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.4.1. Fecha de inicio: __/__/__

10.4.2. Fecha finalización: __/__/__

10.4.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.5. Inmunoglobulinas intravenosas:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.5.1. Fecha de primera dosis: __/__/__

10.5.2. Fecha de última dosis: __/__/__

10.5.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.6. Plasmaféresis:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.6.1. Fecha de primera dosis: __/__/__

10.6.2. Fecha de última dosis: __/__/__

10.6.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia

<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.7. Manifestación ÚNICA de la miositis para la que se ha prescrito el tratamiento actual o desde el inicio de los síntomas:

<input type="checkbox"/> Sólo muscular
<input type="checkbox"/> Sólo cutánea
<input type="checkbox"/> Sólo artritis
<input type="checkbox"/> Sólo EPID
<input type="checkbox"/> Sólo gastrointestinal (GI)
<input type="checkbox"/> Sólo cardiovascular (CV)

10.8. Manifestaciones de la miositis para las que se ha prescrito el tratamiento actual o desde el inicio de los síntomas:

<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo
<input type="checkbox"/> Muscular + articular
<input type="checkbox"/> Muscular + EPID
<input type="checkbox"/> Muscular + GI
<input type="checkbox"/> Cutáneo + EPID
<input type="checkbox"/> Cutáneo + articular
<input type="checkbox"/> Cutáneo + GI
<input type="checkbox"/> Articular + EPID
<input type="checkbox"/> Articular + GI
<input type="checkbox"/> EPID + GI
<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo + EPID
<input type="checkbox"/> Muscular + articular + EPID
<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo + articular
<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo + GI
<input type="checkbox"/> Muscular + articular + GI
<input type="checkbox"/> Muscular + EPID + GI
<input type="checkbox"/> Cutáneo + EPID + GI
<input type="checkbox"/> Articular + EPID + GI
<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo + articular + EPID
<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo + articular + EPID + GI

11. Calidad de vida. Cuestionario SF12.

11.1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> Excelente
<input type="checkbox"/> Muy buena
<input type="checkbox"/> Buena
<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Mala

11.2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?.

<input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho
<input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco
<input type="checkbox"/> No, no me limita nada

11.3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?:

<input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho
<input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco
<input type="checkbox"/> No, no me limita nada

11.4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?:

<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No

11.5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?:

<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No

11.6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso) ?:

<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No

11.7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso) ?:

<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No

11.8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas) ?:

<input type="checkbox"/> Nada
<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Mucho

11.9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?:

<input type="checkbox"/> Siempre

<input type="checkbox"/> Casi siempre
<input type="checkbox"/> Muchas veces
<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Sólo alguna vez
<input type="checkbox"/> Nunca

11.10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?:

<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Casi siempre
<input type="checkbox"/> Muchas veces
<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Sólo alguna vez
<input type="checkbox"/> Nunca

11.11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?:

<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Casi siempre
<input type="checkbox"/> Muchas veces
<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Sólo alguna vez
<input type="checkbox"/> Nunca

11.12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?:

<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Casi siempre
<input type="checkbox"/> Muchas veces
<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Sólo alguna vez
<input type="checkbox"/> Nunca

VISITA DE SEGUIMIENTO AL AÑO Y DOS AÑOS

CÓDIGO DEL PACIENTE:

FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO: __/__/__

¿PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO?

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí, ha fallecido
<input type="checkbox"/> Sí, ha cambiado de centro
<input type="checkbox"/> Sí, no quiere seguir participando
<input type="checkbox"/> Sí, no acude a las consultas
<input type="checkbox"/> Sí, otros motivos

FECHA DE LA PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO: __/__/__

1. Datos de generales.

1.1. ¿Cumple criterios de clasificación de miopatía inflamatoria idiopática (MII)?:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Criterios 2017 EULAR/ACR
<input type="checkbox"/> Criterios de Bohan y Peter
<input type="checkbox"/> Criterios 2017 EULAR/ACR + Bohan y Peter

1.2. Clasificación de la miopatía:

<input type="checkbox"/> Polimiositis
<input type="checkbox"/> Dermatomiositis
<input type="checkbox"/> Miositis por cuerpo de inclusión
<input type="checkbox"/> Miopatía necrotizante inmunomediada
<input type="checkbox"/> Dermatomiositis clínicamente amiopática
<input type="checkbox"/> Dermatomiositis hipomiopática
<input type="checkbox"/> Síndrome de solapamiento
<input type="checkbox"/> No clasificable

2. Criterios de Clasificación.

2.1. Debilidad de las extremidades superiores, inferiores, y/o la musculatura flexora-extensora del cuello:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

2.1.1. Fecha de Inicio de la debilidad: __/__/__

2.2. Elevación de los niveles de enzimas musculares:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

2.2.1. Fecha de inicio de la elevación de las enzimas musculares: __/__/__

2.3. Dolor muscular a la presión o dolor muscular espontáneo:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Al inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> En los primeros 2 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 2 a 5 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> Más de 10 años tras el inicio de los síntomas

2.4. Manifestaciones articulares:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Al inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> En los primeros 2 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 2 a 5 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> Más de 10 años tras el inicio de los síntomas

2.5. Manifestaciones digestivas:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Al inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> En los primeros 2 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 2 a 5 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> Más de 10 años tras el inicio de los síntomas

2.6. Manifestaciones sistémicas:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Al inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> En los primeros 2 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 2 a 5 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> Más de 10 años tras el inicio de los síntomas

2.7. Biopsia muscular diagnóstica de MII:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

2.8.1 Fecha de biopsia muscular específica de MII: __/__/__

2.9. Patrón de miopatía en EMG:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

2.9.1. Fecha de EMG con patrón de miopatía: __/__/__

2.10. Alteración muscular característica por RMN con Stir:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Al inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> En los primeros 2 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 2 a 5 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> De 5 a 10 años tras el inicio de los síntomas
<input type="checkbox"/> Más de 10 años tras el inicio de los síntomas

2.11. Erupción típica de Dermatomiositis (eritema en Heliotropo, pápulas o signo de Gottron):

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

2.11.1. Fecha de aparición de erupción típica: __/__/__

3. Actividad de la enfermedad.

3.1. Actividad constitucional en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.2. Actividad cutánea en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.2.1. Ulceración cutánea

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.2. Paniculitis

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.3. Rash eritematoso, incluido eritrodermia

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.4. Cambios macroscópicos en capilares periungueales

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.5. Alopecia

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.6. Manos de mecánico

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.7. Vasculitis cutánea con biopsia compatible

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.8. Esclerodactilia

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.9. Fenómeno de raynaud

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.2.10. Especificar si están presentes las siguientes lesiones cutáneas: livedo reticular, lesiones mucosas, edema subcutáneo, o sobrecrecimiento cuticular

--

3.3. Actividad esquelética en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.3.1. Artritis o artralgias:

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.4 Actividad gastrointestinal en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.4.1. Disfagia o dismotilidad esofágica:

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.5 Actividad pulmonar en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.5.1. DLCO en el último año (de la visita 0 a la visita actual (visita 1) o de la visita 1 a la visita actual (visita 2)) (porcentaje absoluto respecto al valor predeterminado):

3.5.2. CVF en el último año (de la visita 0 a la visita actual (visita 1) o de la visita

1 a la visita actual (visita 2)) (porcentaje absoluto respecto al valor predeterminado):

3.5.5. Patrón de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) por TACAR:

<input type="checkbox"/> No presente EPID en TACAR
<input type="checkbox"/> Neumonía intersticial no específica
<input type="checkbox"/> Neumonía intersticial usual
<input type="checkbox"/> Neumonía organizada
<input type="checkbox"/> Neumonía intersticial aguda
<input type="checkbox"/> Patrón no definido
<input type="checkbox"/> No realizado el TACAR

3.5.6 Fecha del diagnóstico de EPID por TACAR: __/__/__

3.5.7. Fecha de oxígeno crónico domiciliario por EPID asociada a miositis (sólo si lo precisa o ha precisado): __/__/__

3.6. Actividad cardiovascular en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.6.1. Pericarditis, miocarditis, o arritmia:

<input type="checkbox"/> Nunca presente
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, presente en la actualidad
<input type="checkbox"/> Sí, presente previo a la visita actual y en la actualidad

3.7. Actividad de la enfermedad extramuscular en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.8. Actividad de la enfermedad muscular en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.9. Actividad global de la enfermedad del MDAAT en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.10. Actividad global de la enfermedad por el médico en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.11. Actividad global de la enfermedad por el paciente/padre en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

3.12. MMT8 (0-80):

4. Capacidad funcional.

4.1. HAQ (adultos) y CHAQ (niños) (0-3):

5. Daño.

5.1. Daño muscular en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.2. Daño esquelético en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.3. Daño cutáneo en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.3.1. Calcinosis (nódulos o placas superficiales, tumoral, planar, universal):

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.3.2. Lipodistrofia:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.4. Daño gastrointestinal en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.5. Daño pulmonar en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.5.1. Hipertensión arterial pulmonar:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.6. Daño cardiovascular en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.6.1. Hipertensión arterial precisando tratamiento > 6 meses:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.6.2. Cardiopatía isquémica \geq 18 años definida por Infarto de miocardio o angina o bypass de arteria coronaria:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.7. Daño vascular periférico en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.7.1. Isquemia en extremidades, trombosis venosa o arterial, o claudicación:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.8. Daño endocrino en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.8.1. Diabetes mellitus:

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.9. Daño oftalmológico en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.10. Daño por Infección en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.10.1 Infección grave en el último año (de la visita 0 a la visita actual (visita 1) o de la visita 1 a la visita actual (visita 2)):

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

5.10.2. Fecha infección grave 1: __/__/__

5.10.3. Tipo de infección grave 1:

<input type="checkbox"/> Septicemia
<input type="checkbox"/> Infección respiratoria de vías áreas inferiores
<input type="checkbox"/> Endocarditis
<input type="checkbox"/> Pielonefritis
<input type="checkbox"/> Artritis séptica
<input type="checkbox"/> Celulitis-abscesos de partes blandas
<input type="checkbox"/> Infección gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Infección neurológica
<input type="checkbox"/> Otras

5.10.4. Fecha infección grave 2: __/__/__

5.10.5. Tipo de infección grave 2:

<input type="checkbox"/> Septicemia
<input type="checkbox"/> Infección respiratoria de vías áreas inferiores
<input type="checkbox"/> Endocarditis
<input type="checkbox"/> Pielonefritis
<input type="checkbox"/> Artritis séptica
<input type="checkbox"/> Celulitis-abscesos de partes blandas
<input type="checkbox"/> Infección gastrointestinal
<input type="checkbox"/> Infección neurológica
<input type="checkbox"/> Otras

5.11. Daño por Neoplasia en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.11.1. Neoplasia maligna

<input type="checkbox"/> No presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> Presente en los últimos 6 meses
<input type="checkbox"/> No puede ser evaluado

5.11.2. Fecha del diagnóstico de la neoplasia maligna: __/__/__

5.11.3. Tipo de neoplasia maligna

<input type="checkbox"/> Mama
<input type="checkbox"/> Ginecológico no mama
<input type="checkbox"/> Pulmón
<input type="checkbox"/> Hematológico
<input type="checkbox"/> Próstata
<input type="checkbox"/> Digestivo
<input type="checkbox"/> Cerebral
<input type="checkbox"/> ORL
<input type="checkbox"/> Osteomuscular
<input type="checkbox"/> Renal
<input type="checkbox"/> Endocrino
<input type="checkbox"/> Otros

5.12. Daño global del Myositis damage index (MDI) en escala visual analógica (0-10, medición en cm):

5.13. Fallecimiento

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

5.13.1. Fecha de fallecimiento: __/__/__

5.13.2. Causa de fallecimiento:

<input type="checkbox"/> Infección
<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar intersticial difusa
<input type="checkbox"/> Evento cardiovascular
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Eventos adversos por el tratamiento de la MII

5.13.3. Por actividad de la enfermedad excluyendo EPID (escribir texto):

--

5.13.4. Otras causas del fallecimiento (escribir texto):

--

5.14. Valoración global del daño por el médico en escala visual analógica (0-10, medición en cm): No evaluable

5.15. Valoración global de daño por el paciente/padres en escala visual analógica (0-10, medición en cm): No evaluable

6.Laboratorio.

6.1. CPK al diagnóstico (U/L):

6.2. CPK de la visita (U/L):

6.3. PCR al diagnóstico (mg/L):

6.4. VSG al diagnóstico (mm/hora):

6.5. Ferritina al diagnóstico (mg/dl):

6.6. GOT/AST de la visita (U/L):

6.7. GPT/ALT de la visita (U/L):

6.8. LDH de la visita (mg/dl):

7. Anticuerpos.

7.1. Anti-sintetasa:

7.1.1. Anti-Jo1

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.1.2. Anti-PL7

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.1.3. Anti-PL12

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.1.4. Otros anticuerpos antisintetasa

<input type="checkbox"/> EJ
<input type="checkbox"/> OJ
<input type="checkbox"/> KS
<input type="checkbox"/> YRS
<input type="checkbox"/> ZO
<input type="checkbox"/> No realizados

7.2. Anti-MDA5:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

<input type="checkbox"/> No realizado

7.3. Anti-Mi2:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.4. Anti-SRP:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.5. Anti-TIF1- γ :

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.6. Anti-NXP2:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.7. Anti- HMO-COA

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.8. Anti-RO:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.9. Anti-RNP:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No realizado

7.10. Presencia de anti-PM SCL:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

<input type="checkbox"/> No realizado

8. Otras comorbilidades.

8.1. Dislipemia:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

8.2. Estatinas:

<input type="checkbox"/> Nunca las ha tomado
<input type="checkbox"/> Sí, las ha tomado en el pasado previo a la visita actual
<input type="checkbox"/> Sí, las toma en la actualidad

8.2.1. Fecha de inicio de estatinas: __/__/__

8.2.2. Fecha de fin de estatinas: __/__/__

8.3. Tabaquismo:

<input type="checkbox"/> Nunca
<input type="checkbox"/> Exfumador
<input type="checkbox"/> Fumador actual

8.4. Asociación con otras enfermedades autoinmunes:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Lupus eritematoso sistémico
<input type="checkbox"/> Esclerosis sistémica
<input type="checkbox"/> Enfermedad mixta del tejido conectivo
<input type="checkbox"/> Síndrome de Sjögren
<input type="checkbox"/> Otras

9. Hospitalización.

9.1. Hospitalización en el último año (de la visita 0 a la visita actual (visita 1) o de la visita 1 a la visita actual (visita 2)):

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

9.1.1. Fecha de hospitalización 1: __/__/__

9.1.2. Causa de hospitalización 1:

<input type="checkbox"/> Por actividad de la enfermedad
<input type="checkbox"/> Por infección
<input type="checkbox"/> Comorbilidades
<input type="checkbox"/> No relacionado con MII ni comorbilidades
<input type="checkbox"/> Otros

9.1.3. Fecha de hospitalización 2: __/__/__

9.1.4. Causa de hospitalización 2:

<input type="checkbox"/> Por actividad de la enfermedad
<input type="checkbox"/> Por infección
<input type="checkbox"/> Comorbilidades
<input type="checkbox"/> No relacionado con MII ni comorbilidades
<input type="checkbox"/> Otros

10.Tratamiento.

10.1. Corticoides orales:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.1.1. Fecha de primera dosis: __/__/__

10.1.2. Fecha de última dosis: __/__/__

10.1.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.2. Antipalúdicos:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.2.1. Fecha de inicio: __/__/__

10.2.2. Fecha finalización: __/__/__

10.2.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.3. Inmunosupresores sintéticos.

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.3.1. Fecha de inicio: __/__/__

10.3.2. Fecha finalización: __/__/__

10.3.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.4. Inmunosupresores biológicos:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.4.1. Fecha de inicio: __/__/__

10.4.2. Fecha finalización: __/__/__

10.4.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.5. Inmunoglobulinas intravenosas:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.5.1. Fecha de primera dosis: __/__/__

10.5.2. Fecha de última dosis: __/__/__

10.5.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.6. Plasmaféresis:

<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sí

10.6.1. Fecha de primera dosis: __/__/__

10.6.2. Fecha de última dosis: __/__/__

10.6.3. Causa finalización:

<input type="checkbox"/> Eficacia
<input type="checkbox"/> Ineficacia
<input type="checkbox"/> Evento adverso

10.7. Manifestación ÚNICA de la miositis para la que se ha prescrito el tratamiento actual o desde el inicio de los síntomas:

<input type="checkbox"/> Sólo muscular
<input type="checkbox"/> Sólo cutánea
<input type="checkbox"/> Sólo artritis
<input type="checkbox"/> Sólo EPID
<input type="checkbox"/> Sólo gastrointestinal (GI)
<input type="checkbox"/> Sólo cardiovascular (CV)

10.8. Manifestaciones de la miositis para la que se ha prescrito el tratamiento actual o desde el inicio de los síntomas:

<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo
<input type="checkbox"/> Muscular + articular
<input type="checkbox"/> Muscular + EPID
<input type="checkbox"/> Muscular + GI
<input type="checkbox"/> Cutáneo + EPID
<input type="checkbox"/> Cutáneo + articular
<input type="checkbox"/> Cutáneo + GI
<input type="checkbox"/> Articular + EPID
<input type="checkbox"/> Articular + GI
<input type="checkbox"/> EPID + GI
<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo + EPID
<input type="checkbox"/> Muscular + articular + EPID
<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo + articular
<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo + GI
<input type="checkbox"/> Muscular + articular + GI
<input type="checkbox"/> Muscular + EPID + GI
<input type="checkbox"/> Cutáneo + EPID + GI
<input type="checkbox"/> Articular + EPID + GI
<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo + articular + EPID
<input type="checkbox"/> Muscular + cutáneo + articular + EPID + GI

11. Calidad de vida. Cuestionario SF12.

11.1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> Excelente
<input type="checkbox"/> Muy buena
<input type="checkbox"/> Buena

<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Mala

11.2. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

<input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho
<input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco
<input type="checkbox"/> No, no me limita nada

11.3. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?:

<input type="checkbox"/> Sí, me limita mucho
<input type="checkbox"/> Sí, me limita un poco
<input type="checkbox"/> No, no me limita nada

11.4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?:

<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No

11.5. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?:

<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No

11.6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?:

<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No

11.7. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?:

<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No

11.8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?:

<input type="checkbox"/> Nada
<input type="checkbox"/> Un poco
<input type="checkbox"/> Regular
<input type="checkbox"/> Bastante
<input type="checkbox"/> Mucho

11.9. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?:

<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Casi siempre
<input type="checkbox"/> Muchas veces
<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Sólo alguna vez
<input type="checkbox"/> Nunca

11.10. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?:

<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Casi siempre
<input type="checkbox"/> Muchas veces
<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Sólo alguna vez
<input type="checkbox"/> Nunca

11.11. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?:

<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Casi siempre
<input type="checkbox"/> Muchas veces
<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Sólo alguna vez
<input type="checkbox"/> Nunca

11.12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?:

<input type="checkbox"/> Siempre
<input type="checkbox"/> Casi siempre
<input type="checkbox"/> Muchas veces
<input type="checkbox"/> Algunas veces
<input type="checkbox"/> Sólo alguna vez
<input type="checkbox"/> Nunca