

# Cuestionario sobre la satisfacción con el tratamiento venoso - temprano (VenousTSQe)

**Usted ha recibido recientemente un procedimiento para tratarle las venas varicosas. Las siguientes preguntas son sobre la experiencia que usted tuvo antes, durante y / o después del procedimiento. Responda a cada pregunta marcando con un círculo un solo número en la escala y / o marcando una casilla.**

**1a. Antes del procedimiento, ¿le dieron alguna información acerca de los siguientes posibles aspectos del tratamiento para sus venas varicosas? Marque una sola casilla a continuación para cada aspecto del tratamiento.**

|  | sí                       | no                       | no<br>recuerdo           |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| i. Detalles de procedimiento planificado   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ii. Niveles esperados de molestias / dolores relacionados con el procedimiento           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iii. Efectos secundarios / efectos posteriores   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| iv. Actividades / movimientos recomendados o restringidos                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| v. Atención posterior al procedimiento (incluida la atención proporcionada por sí mismo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vi. Tiempo de recuperación   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**1b. Antes del procedimiento, ¿le dieron alguna parte de la información anterior por escrito?**

sí       no       no   
recuerdo

**1c. Tomando todo en cuenta, ¿qué tan satisfecho/a está con la información que le dieron?**

muy satisfecho/a    6    5    4    3    2    1    0    muy insatisfecho/a

**2. ¿Qué tan ansioso/a se sintió antes del procedimiento para tratarle las venas varicosas?**

para nada ansioso/a    6    5    4    3    2    1    0    muy ansioso/a

**3. ¿Qué tan molesto/a estuvo por la cantidad de malestar o dolor que tuvo durante el procedimiento?**

para nada molesto/a    6    5    4    3    2    1    0    muy molesto/a

**NOT FOR USE: This is a shortened sample only.**

For use of the full questionnaire, please contact [info@healthpsychologyresearch.com](mailto:info@healthpsychologyresearch.com)