

CUESTIONARIO A CUBRIR NO MOMENTO DA ALTA

# COÑECEMENTO DOS RECURSOS DE ATENCIÓN AO ICTUS



UN PROXECTO PARA MELLORAR A ATENCIÓN ÁS PERSOAS CON DANO CEREBRAL  
ADQUIRIDO DESENVOLVIDO POLA FEDERACIÓN GALEGA DE DANO CEREBRAL (FEGADACE)  
CO APOIO DA FUNDACIÓN ROVIRALTA E DA FUNDACIÓN BARRIÉ E COA COLABORACIÓN  
DA SOCIEDADE GALEGA DE NEUROLOXÍA.



## INDICACIÓNS

O obxectivo destes cuestionarios é obter **información útil para mellorar a atención ás persoas con Dano Cerebral Adquirido**, fundamentar a solicitude de novos recursos apropiados ás súas necesidades e facer efectivo o exercicio dos seus dereitos, garantindo unha cobertura crecente de servizos de apoio.

Proporcinámoslle **dous cuestionarios a cubrir en dous momentos distintos**: un ao recibir a alta hospitalaria e outro cando teñan transcorrido tres meses da mesma. Pedímoslle que nos dedique en torno a 15 minutos do seu tempo para facilitar unha información que contribuirá a mellorar o acceso, a cobertura e o funcionamento dos servizos sanitarios e sociais.

O primeiro cuestionario será cuberto no hospital e será recollido por persoal do equipo médico. **O segundo cuestionario deberá cubri-lo cando pasen tres meses desde a súa saída do hospital**. Acompañamos un sobre con franqueo pagado para facilitarlle no posible a participación.

A súa colaboración é esencial, polo que lle solicitamos que, na medida posible, cubra os distintos apartados. Se ten algunha **dúbida, por favor, póñase en contacto coa Federación Galega de Dano Cerebral** no teléfono 659 177 709 ou no enderezo de correo electrónico [fegadace@fegadace.org](mailto:fegadace@fegadace.org) e facilitaremoslle a atención que precise.

*A súa privacidade e a protección dos seus datos resúltannos de gran relevancia. FEGADACE axústase á lexislación vixente nesta materia e comprométese a tratar os seus datos con total confidencialidade. Para garantir o estrito cumprimento da lei, solicitámoslle que asine a seguinte cláusula de protección de datos:*

## CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS

De acordo co establecido na Lei Orgánica 15/1999, informámolo/a de que os seus datos persoais e/ou os da persoa tutelada ou representada formarán parte dun ficheiro, cuxo responsable é a FEDERACIÓN GALEGA DE DANO CEREBRAL, con domicilio social na Rúa Manuel María, 6, 2º Andar, Despacho 2 – 15705 Santiago de Compostela (A Coruña).

A finalidade do tratamento é levar a cabo a análise dos datos de carácter persoal para efectuar un estudo sobre a oferta e a demanda de atención ao dano cerebral adquirido. Coa sinatura deste documento autoriza o tratamento de datos especialmente protexidos, como poden ser os relacionados coa saúde, coa finalidade antes mencionada.

Se o desexa poderá revocar o seu consentimento e exercitar os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición dirixíndose por escrito ao enderezo indicado, acompañando unha fotocopia do seu DNI.

**NOME E APELIDOS:**

**SINATURA:**

---

---



# ENQUISA SOBRE O COÑECEMENTO DOS RECURSOS DE ATENCIÓN AO ICTUS

**FEGADACE**  
FEDERACIÓN  
GALEGA DE  
DANO CEREBRAL

FUNDACION

mariafranciscade

ROVIRALTA

Fundación Barrié



## CUESTIONARIO A CUBRIR NO MOMENTO DA ALTA

CÓDIGO ENQUISA (a cubrir por FEGADACE): \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### HOSPITAL PÚBLICO DE ATENCIÓN:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Hospital de Santiago | <input type="radio"/> Hospital de Pontevedra | <input type="radio"/> Hospital da Coruña  |
| <input type="radio"/> Hospital de Lugo     | <input type="radio"/> Hospital de Ferrol     | <input type="radio"/> Hospital de Ourense |
| <input type="radio"/> Hospital de Vigo     |  |   |

### DATOS DO/A PACIENTE

cobre o/a paciente /  cobre o/a persoa acompañante → idade: \_\_\_\_\_  
parentesco: \_\_\_\_\_

Nome e apelidos do/a paciente: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Sexo:  Home /  Muller

Teléfono(s) de contacto: *(ESTE DATO É IMPRESCINDIBLE)* \_\_\_\_\_

Lugar/Concello onde reside: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

#### Nivel de estudos:

- Sen estudos.
- Primarios.
- Secundarios/FP.
- Superiores.

#### Situación laboral:

- En activo.
- Desempregado/a.
- Estudante.
- Amo/a de casa.
- Xubilado/a.
- Outra.

#### Cantas persoas viven no domicilio familiar?

- Vivo só/soa.
- Dúas persoas.
- Tres ou máis persoas.

#### Indique se é o/a sustentador/a principal:

- Si.
- Non.



Por favor, lembre asinar a cláusula de protección de datos  
da páxina anterior.  
Se non, non será posible empregar os datos desta enquisa.

**HÁBITOS E ANTECEDENTES DO ICTUS**

	SI	NON
Ten o colesterol alto?		
Ten hipertensión?		
Padece de diabetes?		
Ten sobrepeso?		
Fuma de forma habitual?		
Bebe alcol de forma habitual?		

	SI	NON
Consume estupefacientes?		
Practica deporte de forma habitual?		
Xa tiña sufrido un ictus antes?		
Alguén da súa contorna tiña xa sufrido un ictus? (Se a resposta é si, indique o parentesco: _____)		

**COÑECEMENTOS SOBRE O ICTUS**

[marque as respostas que lle parezan axeitadas; pode haber máis de unha]

**[1]** Antes de ingresar no hospital tiña escoitado falar do ictus a través de:

- O/a seu/súa médico/a de cabeceira.
- Campañas informativas nos medios de comunicación ou mesas informativas na rúa ou no seu centro de saúde ou hospital.
- Unha persoa coñecida que xa o sufrira.
- Nunca escoitara falar do ictus con anterioridade.

**[2]** Cales das seguintes causas poden contribuír á aparición dun ictus?

- Grandes esforzos.
- Hipertensión arterial.
- Ter diabetes.
- Comer moito peixe branco.

**[3]** Cales dos seguintes poderían ser síntomas dun ictus?

- Febre moi alta.
- Dor de cabeza aguda e repentina.
- Forte dor no peito.
- Dificultade para falar ou comprender.

**[4]** Que persoas teñen maior risco de ictus?

- As menores de 35 anos.
- Entre 35 e 50 anos.
- Entre 50 e 65 anos.
- As maiores de 65 anos.

**[5]** Contribúe a prever o ictus:

- Comer carnes roxas de forma regular.
- Controlar o colesterol.
- Evitar o tabaco e o alcol.
- Ver a televisión dúas horas ao día.

**[6]** Que faría se sospeitara que vostede ou outra persoa está a sufrir un ictus?

- Tomar unha aspirina, respirar profundamente e intentar relaxarse.
- Chamar urxentemente ao 112 e informar sobre a súa sospeita.
- Solicitar inmediatamente unha cita co médico de cabeceira.
- Coller o coche para chegar rápido a urxencias.

**[7]** Despois de sufrir un ictus:

- Non se recomenda a actividade física.
- O ictus pode afectar á personalidade e ao humor.
- Poden aparecer problemas de corazón.
- Unha secuela do ictus pode ser a falta de coordinación nos movementos.

**[8]** O ictus e o Dano Cerebral Adquirido (DCA) están relacionados do seguinte xeito:

- O ictus non ten nada que ver co DCA.
- O ictus é a principal causa do DCA.
- O ictus é unha secuela do DCA.
- O DCA é a principal causa do ictus.

**INFORMACIÓN DA ESTADÍA NO HOSPITAL**

**[1]** Quen o/a informaba da súa evolución mentres estaba no hospital?

- Un/ha médico/a de referencia.  
→NESTE CASO, PASE Á PREGUNTA [3]
- Informábane/a varios/as médicos/as.

**[2]** Cando recibiu información de médicos distintos, sempre foi coherente e non contraditoria:

- Si.
- Non.

**[3]** Sinale a opinión que lle merece a información recibida: [De '1: Información moi confusa' a '4: Información moi clara']

	1	2	3	4
Sobre as secuelas do seu episodio de ictus, así como as posibles causas.				
Sobre folletos, revistas, ou outros materiais referentes ao autocoidado.				
Sobre pautas prácticas a seguir para o autocoidado, unha vez teña a alta.				
A información en xeral.				

**[4]** Cales destes servizos de rehabilitación lle dixeron no hospital que eran axeitados para vostede?

- Logopedia.
- Fisioterapia.
- Neuropsicoloxía.
- Terapia Ocupacional.
- Outros: \_\_\_\_\_
- Non precisa ningún. →NESTE CASO, PASE AO BLOQUE [D]

**[5]** Sinale, en relación aos anteriores servizos de rehabilitación, a resposta que considere:

	SI	NON
Informáronlle se podería facer os tratamentos axeitados no Sistema Público de Saúde?		
Sabe onde acudir para solicitalos?		
Informárono/a dos trámites que tería que facer se necesitara continuar con ese/s servizo/s?		
As explicacións recibidas a respecto dos trámites foron claras?		
Tiña unha persoa de referencia a quen consultar as súas dúbidas nos trámites?		

**ATENCIÓN E REHABILITACIÓN NO HOSPITAL**

**[1]** Desde que empezou a encontrarse mal, canto tempo tardou en ser atendido/a por un especialista?

- Menos dunha hora.
- Entre 6 e 9 horas.
- Entre 1 e 3 horas.
- Máis de 9 horas.
- Entre 3 e 6 horas.

**[2]** Canto tempo estivo ingresado/a no hospital?

- Menos de 1 semana.
- Entre 15 días e 1 mes.
- Máis de 3 meses.
- Entre 1 semana e 15 días.
- Entre 1 e 3 meses.

**ATENCIÓN E REHABILITACIÓN NO HOSPITAL**

**[3]** Marque os servizos que recibiu no hospital:

- Logopedia.                       Fisioterapia.                       Terapia Ocupacional.  
 Neuropsicoloxía.                       Outros: \_\_\_\_\_.                       Ningún.

**[4]** Valore o seu grao de satisfacción en relación á súa estadía: [De '1: Moi insatisfeito/a' a '4: Moi satisfeito/a']

	1	2	3	4
Amabilidade e respecto amosado.				
Predisposición a ser escoitado/a.				
Predisposición a repetirle as explicacións.				
Proximidade no trato.				
Sentiuse acompañado/a.				
A atención en xeral.				

**AO RECIBIR A ALTA DO HOSPITAL**

**[1]** Facilitóuselle un calendario de citas de seguimento co/a seu/súa médico/a:

- Si.  
 Non.

**[2]** Asignóuselle un/ha médico/a no caso de dúbidas respecto a como coidarse para non sufrir recaídas:

- Si.  
 Non.

**[3]** Déronlle información dun servizo de atención telefónica ou teleasistencia para dúbidas?

- Si.  
 Non.

**[4]** Por indicación médica, debe acudir aos seguintes servizos de rehabilitación:

- Logopedia.  
 Fisioterapia.  
 Terapia Ocupacional.  
 Neuropsicoloxía.  
 Outros: \_\_\_\_\_.  
 Non preciso ningún. →NESTE CASO, PASE AO BLOQUE [F]

**[5]** Coa alta hospitalaria déronlle citas para acudir a rehabilitación ambulatoria?

- Si.  
 Non.

**[6]** Ten previsto recibir atención:

- Pública.  
 Privada.  
 Ambas as dúas.

**[7]** Ben sexa de maneira pública ou privada, vai iniciar as sesións de rehabilitación nun prazo aproximado de:

- Menos dunha semana.  
 Menos dun mes.  
 Máis dun mes.  
 Máis de tres meses.

**ACCESO A RECURSOS E SERVIZOS SOCIAIS**

**[1]** Contou, no hospital, co servizo de traballo social?

- O/a traballador/a social achegouse a vostede.
  - Solicitou o servizo por iniciativa propia.
  - Non necesitou este servizo. →
  - O servizo non existía. →
- NESTE CASO,  
PASE Á  
PREGUNTA [3]**

**[2]** Recibiu, ao saír do hospital, un informe de valoración de funcionalidade para iniciar os trámites para solicitar unha incapacidade permanente, certificado de discapacidade ou grado de dependencia?

- Si.
- Non.

**[3]** Indique se tivo información concreta sobre:

	SI	NON
Servizo de traballo social do seu Concello.		
Recursos como asociacións, centros de día ou residencias.		
Servizos de atención persoal (servizos a domicilio, tipo de asistencias, etc.).		
Trámites, servizos xurídicos e acceso a prestacións económicas (Seguridade Social, Seguros, etc.).		
Produtos que lle axuden coa mobilidade e actividades diarias (produtos de apoio).		
Posibles adaptacións a realizar no seu domicilio.		
Transporte adaptado.		
Programas de reinserción laboral ou emprego protexido.		
Programas de ocio ou recreación adaptados ás súas necesidades.		

**AUTONOMÍA PERSOAL**

**[1]** Indique se tiña recoñecido algún grao de discapacidade con anterioridade ao ictus:

- Non tiña.
- Era menor do 33%.
- Estaba entre o 33% e o 65%.
- Era maior do 65%.

**[2]** Indique o estado das súas capacidades tralo ictus: [De '1: Moi afectada' a '5: Moi boa']

	1	2	3	4	5
Capacidade para manter a memoria, procesar información ou reter cousas novas.					
Capacidade visual.					
Capacidade auditiva.					
Capacidade olfactiva.					
Capacidade comunicativa (lingua, fala, voz).					
Mobilidade (capacidade motora).					
Capacidade orgánica (control de esfínteres, alteracións respiratorias).					
Capacidade de autocoidado (asearse, vestirse, comer).					

**AUTONOMÍA PERSOAL**

**[2]** Indique o estado das súas capacidades tralo ictus: *[De '1: Moi afectada' a '5: Moi boa']*

	1	2	3	4	5
Autonomía para a vida cotiá (control de cartos e compras, responsabilidades domésticas).					
Capacidade laboral (posibilidade para traballar, ben sexa por conta propia ou allea).					
Capacidade para interacción social.					
Valore de forma xeral o seu grao de autonomía.					

**OPINIÓN PERSOAL SOBRE A ATENCIÓN RECIBIDA**

**[1]** Sinala os aspectos máis satisfactorios da atención recibida.

**[2]** Sinala os aspectos que considera que se deben mellorar.