

## Cuestionario de calidad de vida para Orbitopatía de Graves

Durante la semana pasada, ¿tuvo incapacidad / limitación para la realización de las siguientes actividades debido a su enfermedad ocular?, si fue así, ¿ en qué grado?

<b>Funcion Visual (FV)</b>	Si, seriamente incapacitado ( 1 punto)	Si, un poco incapacitado ( 2 puntos)	No incapacitado ( 3 puntos)
1. Andar en bicicleta			
2. Conducir			
3. Moverse en casa			
4. Caminar fuera de casa			
5. Leer			
6. Ver la televisión			
7. Actividades recreativas – hobbies			
8. ¿ Durante la pasada semana sintió que no pudo hacer cosas que hubiera querido a causa de su enfermedad ocular tiroidea?			
<b>Apariencia (AP)</b>	Sí, mucho ( 1 punto )	Si, un poco ( 2 puntos )	No en absoluto ( 3 puntos )
9. ¿Siente que su apariencia ha cambiado a causa de su enfermedad ocular tiroidea?			
10. ¿Siente que le miran en la calle por su enfermedad ocular tiroidea?			
11. ¿Siente que recibe reacciones negativas por su enfermedad ocular tiroidea?			
12. ¿ Siente que su enfermedad ocular tiroidea influencia en su auto-estima?			
13. ¿Se siente socialmente aislado por su enfermedad ocular tiroidea?			
14. ¿Siente que su enfermedad ocular tiroidea influencia el hacer nuevas amistades?			
15. ¿Cree que aparece en menos fotografías que antes de padecer su enfermedad ocular?			
16. ¿ Trata de disimular el cambio de aspecto causado por la enfermedad ocular tiroidea?			