EFECTOS DE UNA CRISIS ASMÁTICA DEL NIÑO EN LOS PADRES©

INSTRUCCIONES: Por favor llene este formulario sobre la crisis asmática de su hijo(a), al terminar la crisis asmática. ESTE FORMULARIO SE RELACIONA CON LA CRISIS ACTUAL DE SU HIJO(A). Marque un sólo círculo por CADA pregunta Por favor responda a todas las preguntas

Fecha:			/		/			<u> </u>	_
	D	D	M	M	Α	Α	Α	Α	

Durante la crisis de mi hijo(a), me sentí :		inca		Medianamente		Extremadamente		No sé
1. Triste	0	2	3	4	5	6	7	8
2. Estresado/a	0	0	0	0	0	0	0	0
3. Nervioso/a	0	0	0	0	0	0	0	0
4. Cansado/a	0	0	0	0	0	0	0	0
5. Angustiado/a por mi hijo	0	0	0	0	0	0	0	0
SECCIÓN B								
Durante la crisis de mi hijo(a), me preocupé:	Nunca		Medianamente		Extremadamente		No sé	
	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Por la posible gravedad de la crisis asmática	0	0	0	0	0	0	0	0
7. Que a mi hijo(a) le faltara oxigeno	0	0	0	0	0	0	0	0
8. No poder controlar la crisis en casa	0	0	0	0	0	0	0	0
9. Que los medicamentos suministrados para la crisis asmática no fueran lo suficientemente eficaces	0	0	0	0	0	0	0	0
10. Por la dificultad para evaluar la gravedad de la crisis asmática	0	0	9	0	0	0	0	0
11. Por la posibilidad de tener que permanecer mucho tiempo en el servicio de emergencias / clínica /hospital	0	01	d	0	0	0	0	0
12. Por el riesgo de que recibiera demasiados medicamentos	2	0	0	0	0	0	0	0
13. Por los efectos contraproducentes que pudieran provocar los medicamentos indicados para la crisis asmática	5	6	0	0	0	0	0	0
14. Que en mi ausencia la persona encargada de mi hijo(a) no supie a qué hacer		0	0	0	0	0	0	0
15. Que en mi ausencia la persona encarga de mi l'io(a) o su iera administrar correctamente los medicamentos	0	0	0	0	0	0	0	0
SECCIÓN C								
Durante la crisis de mi hijo(a), experimenté:	Nunca		Medianamente		Extremadamente		No sé	
	1	2	3	4	5	6	7	8
16. La necesidad de cambiar la organización familiar para acostario	0	0	0	0	0	0	0	0
17. Diminución de mi capacidad para asumir mis responsabilidades hogareñas	0	0	0	0	0	0	0	0
18. Falta de sueño porque tuve que ocuparme de mi hijo(a)	0	0	0	0	0	0	0	0
19. Falta de sueño porque estaba preocupado/a por mi hijo(a)	0	0	0	0	0	0	0	0
20. Alteración de las actividades familiares debido a la crisis asmática de mi hijo(a)	0	0	0	0	0	0	0	0
21. Menos tiempo para dedicarme a mis propias actividades durante la crisis asmática de mi hijo(a)	0	0	0	0	0	0	0	0
SECCIÓN D								
Como el bienestar de su hijo(a) es prioritario para usted, posiblemente sea muy dif Por favor responda a la siguiente pregunta teniendo en cuenta que este cuestional los padres:								
	Nunca Medianamente				Extremadamente		No sé	
	1	2	3	4	5	6	7	8