

Escala de Efectos secundarios por Antipsicóticos para Clozapina

Nombre:

Fecha:

Medicamentos: _____

Ingesta de Cafeína: # Tazas por día:

Fumador: Si/No # Cigarros por día:

¿Han existido cambios en su consumo de tabaco?: Aumento / disminución de # _____ cigarros/día

Este cuestionario se usa para determinar si usted está experimentado efectos secundarios excesivos de su medicamento. Por favor, coloque una cruz en la columna que mejor describa que tan frecuente o que tan graves han sido los efectos secundarios siguientes:

En la última semana:		Nunca	Una vez	Varias veces	Todos los días	Señala si es grave o muy molesto
1	Me siento somnolienta/o durante el día					
2	Me siento drogada/o o como un/a zombie					
3	Me siento mareada/o cuando me pongo de pie o me he desmayado					
4	Siento que mi corazón late de manera irregular o inusualmente rápido					
5	He experimentado sacudidas de mis extremidades o músculos					
6	He tenido salivación					
7	Mi visión ha estado borrosa					
8	Mi boca ha estado seca					
9	He tenido nauseas o he vomitado					
10	He tenido reflujo o agruras					
11	He tenido estreñimiento					
12	He mojado la cama					
13	He orinado más frecuentemente					
14	He tenido más sed					
15	He tenido más hambre de lo usual o he ganado peso					
16	He tenido problemas sexuales					

También he experimentado (por favor escribe cualquier efecto secundario, problema físico o malestar que hayas experimentado en la última semana):

17						
18						
19						
20						