

DIARIO DEL PARTICIPANTE PROTOCOLO NYADATREG

ID Paciente: _____

PERSONAS DE CONTACTO

Dra. Ana M^a Barriocanal Barriocanal

Dra. Eva Montané Esteva

Servicio de Farmacología Clínica

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Telf. 93 497 88 65 / 93 497 84 88

INFORMACIÓN PARA RELLENAR EL DIARIO

- Utilice bolígrafo
- Rellene todas las casillas (aunque no haya tenido ningún síntoma)
- En caso de presentar alguna reacción grado 3 contacte con el equipo investigador
- Devuelva el diario en su próxima visita

Semana _____

Fecha de la toma																				
Hora de la toma																				
Deposiciones (Nº / día)																				
Náuseas (0-3)																				
Vómitos (0-3)																				
Dolor abdominal (0-3)																				
Otros																				

0= Normal

1= Leve. Síntoma que causa una interferencia nula o mínima en las actividades funcionales.

2= Moderado. Síntoma que causa más que una interferencia mínima en las actividades funcionales.

3= Intenso. Síntoma que causa incapacidad para realizar actividades funcionales.

Semana _____

Fecha de la toma																				
Hora de la toma																				
Deposiciones (Nº/día)																				
Náuseas (0-3)																				
Vómitos (0-3)																				
Dolor abdominal (0-3)																				
Otros																				

0= Normal

1= Leve. Síntoma que causa una interferencia nula o mínima en las actividades funcionales.

2= Moderado. Síntoma que causa más que una interferencia mínima en las actividades funcionales.

3= Intenso. Síntoma que causa incapacidad para realizar actividades funcionales.