

Date Completed _____

REDCap # _____ Pre _____ Post _____ Long Term Follow-up _____ months

Cuestionario sobre síntomas intestinales

¿Cuántas veces tiene que defecar en un día?	0-6	7-10	11-14	15-19	20+
¿Cuántas veces tiene que defecar en la noche?	0	1	2	3	4+
Si se levanta para ir al baño por la noche, ¿le molesta?	Nunca	Ligeramente	Moderadamente	Gravemente	
¿Tiene sangre en las heces?	Nunca	Ocasionalmente	Usualmente	Siempre	
¿Tiene dolor asociado con el intestino o su pelvis (recto, tracto gastrointestinal, etc.)?	Nunca	Ocasionalmente	Usualmente	Siempre	
Si tiene dolor al defecar, ¿es generalmente...?		Leve	Moderado	Fuerte	
¿Le molesta su dolor?	Nunca	Ocasionalmente	Usualmente	Siempre	
¿Tiene urgencia asociada con la necesidad de defecar (sentir la necesidad de defecar inmediatamente)?	Nunca	Ocasionalmente	Usualmente	Siempre	
Si tiene urgencia para defecar, ¿es generalmente ...?		Leve	Moderada	Grave	
¿Le molesta su urgencia de ir al baño?	Nunca	Ocasionalmente	Usualmente	Siempre	

Pre HBOT _____

Post HBOT _____