



IOF CAPTURE *the* FRACTURE

BEST PRACTICE FRAMEWORK QUESTIONNAIRE

INTRODUCCION

Capture the Fracture® invita a las Unidades de Coordinación de Fracturas (FLS) a participar del Programa de Reconocimiento de Mejores Prácticas Capture the Fracture®. El objetivo de este programa global es prevenir las fracturas secundarias a través de la promoción de FLS. El Comité Ejecutivo del programa –liderado conjuntamente por la Profesora Kristina Åkesson (Suecia) y el Doctor Kassim Javaid (UK), desarrolló un Marco Asistencial de Excelencia (MAE) para reconocer los logros de los FLS ya establecidos y alentar a otros sistemas de salud a implementar el suyo.

SOLICITUD

Complete el cuestionario a continuación, para inscribir su FLS en el programa de reconocimiento. Guarde el archivo poniendo como título el nombre del hospital y la fecha. Luego, envíelo por e-mail a capturethefracture@iofbonehealth.org.

Capture the Fracture® incluirá el FLS en el mapa interactivo (www.capturethefracture.org/map-of-best-practice). Responder el cuestionario le tomará entre 20 y 60 minutos según sea la cantidad de información disponible para el FLS.

DEFINICIONES

- Unidad de Coordinación de Fracturas (FLS): servicio en el que se identifica, trata y refiere en forma sistemática, a todos los paciente dentro de la institución que padecieron una fractura por fragilidad con el objetivo de reducir el riesgo de fracturas subsecuentes.
- Sitio: hospital individual; o bien, servicio regional; o bien, red de prestadores de atención médica con idéntica prestación de servicios en cada locación.
- Fractura por Fragilidad: Fractura que se produce luego de un trauma equivalente a una caída desde la propia altura o menor.
- Estadía en hospital: Paciente que requiere de una cama de hospital en una guardia y no incluye unidades de accidente y emergencia y/o de cuidados intensivos.
- Fractura vertebral clínica: Fractura vertebral que toma atención clínica debido a sus síntomas, i.e. dolor.
- Fractura vertebral radiológica: Fractura vertebral detectada por imagen de Rayos X u otras modalidades (TC, MRI, DXA).
- Revisión de servicio para monitoreo: incluye cualquier revisión realizada a nivel paciente para determinar el uso de medicación, re-fractura y caídas adicionales.

INFORMACION DEMOGRAFICA

A continuación, complete la información acerca de su institución/hospital/clínica y sus médicos.

A. ACERCA DEL HOSPITAL		
A1.	Nombre del hospital:	
A2.	Nombre del FLS:	
A3.	Dirección: (incluyendo ciudad y país)	
A4.	Sitio cubierto: Por favor, seleccione una opción: <input type="checkbox"/> Hospital individual <input type="checkbox"/> Parte de una red hospitalaria o Sistema mayor <input type="checkbox"/> Otro. Favor especificar:	
A5.	Si el sitio es parte de una red hospitalaria o Sistema mayor, por favor proporcione la siguiente información:	
	Nombre del Sistema de hospitales:	
	Número de hospitales en el sistema:	
	Tamaño de la población cubierta por el sistema de hospitales:	
A6.	Tipo de sitio: Seleccione una: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> ONG/beneficencia <input type="checkbox"/> Gubernamental/publico <input type="checkbox"/> Mixto Publico/privado <input type="checkbox"/> Escuela/universitario <input type="checkbox"/> Sin fines académicos <input type="checkbox"/> Otro – especifique:	
	A7.	Población cubierta por el hospital (si aplica): Tamaño de la población:
	A8.	¿Qué fracturas agudas por fragilidad se observan en su entorno de atención médica? Ejemplos de fractura no-ortopédica incluyen: pelvis, muñeca y hombro admitidas en un servicio médico para manejo de dolor o porque un paciente adulto mayor, con debilidad muscular no puede manejar la fractura en su casa.
		Marcar todas las que apliquen:
<input type="checkbox"/> Fractura de cadera		
<input type="checkbox"/> Internación por fractura por fragilidad ortopédica/traumática		
<input type="checkbox"/> Otras internaciones por fracturas no-ortopédicas/no-traumáticas		
<input type="checkbox"/> Fracturas por fragilidad sin internación		
<input type="checkbox"/> Fracturas vertebrales clínicas		
<input type="checkbox"/> Fracturas vertebrales radiológicas		
<input type="checkbox"/> Otras fracturas. Favor especificar:		
A9.	Manifieste su consentimiento con relación al uso anónimo de los datos con fines científicos.	
	Seleccione una: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
	En caso afirmativo, especifique: <input type="checkbox"/> Aprobación para citar país de procedencia al referenciar datos <input type="checkbox"/> Aprobación para citar región de procedencia al referenciar datos	
A10.	¿Cómo tomó conocimiento del programa Capture the Fracture®? Marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Página web Capture the Fracture® <input type="checkbox"/> Conferencia/Congreso. Favor especificar: <input type="checkbox"/> Sociedad Médica. Favor especificar: <input type="checkbox"/> Referencia. Favor especificar:	

B. INFORMACIÓN DEL USUARIO

B1.	Nombre de la persona que complete el formulario	
B2.	Email:	
B3.	Teléfono:	
B4.	¿Cuál es su rol en el servicio?	Marque solo una opción: <input type="checkbox"/> Médico principal – especialidad: <input type="checkbox"/> Especialista – indique cuál: <input type="checkbox"/> Otro. Favor indicar:

C. Médico principal (si difiere del anterior)

C1.	Nombre:	
C2.	Email:	
C3.	Teléfono:	
C4.	¿Cuál es su rol en el servicio?	Marque una opción: <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Endocrinología <input type="checkbox"/> Reumatología <input type="checkbox"/> Geriatria <input type="checkbox"/> Ginecología <input type="checkbox"/> Otro. Especificar:

D. Coordinador FLS (si difiere del anterior)

D1.	Nombre:	
D2.	Email:	
D3.	Teléfono:	
D4.	¿Cuál es su rol en el servicio?	Maque una opción: <input type="checkbox"/> Clínico – especialidad: <input type="checkbox"/> Especialista – especialidad: <input type="checkbox"/> Otro – especialidad:

ACERCA DE LA UNIDAD DE COORDINACIÓN DE FRACTURAS (FLS)

A continuación, incluya información acerca del FLS.

E. Acerca de los miembros del FLS

E1.	Para cada categoría de miembro, indique la cantidad de horas trabajadas en el FLS como porcentaje equivalente al tiempo total (WTE). (i.e. 50% para una enfermera trabajando medio tiempo y 400% para 4 enfermeras trabajando tiempo completo)	Médico residente/cirujano	%
		Enfermera	%
		Fisioterapeuta	%
		Terapeuta Ocupacional	%
		Personal administrativo	%
		Otro. Favor especifique abajo:	%
E2.	Incluya cualquier comentario adicional sobre los miembros del FLS aquí:		
E3.	¿Cuándo comenzó el FLS en su sitio?		
E4.	¿Cuándo comenzó el actual modelo de atención en su sitio?		

F. Acerca de la Identificación de Pacientes en el FLS

F1.	¿Cuántos pacientes con fracturas por fragilidad fueron atendidos en su FLS en los últimos 12 meses?		
F2.	¿Cuáles son los pacientes identificados en su FLS?:	Marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Fractura de cadera <input type="checkbox"/> Otras fracturas por fragilidad pacientes internados por ortopédica/trauma <input type="checkbox"/> Pacientes con fractura non-ortopédica/trauma <input type="checkbox"/> Fracturas por fragilidad ambulatorias <input type="checkbox"/> Fracturas vertebrales clínicas <input type="checkbox"/> Fracturas vertebrales radiológicas <input type="checkbox"/> Otras facturas. Especifique:	
F3.	¿Existe alguna restricción respecto a cómo son identificados los pacientes en su servicio?	Rango etario:	Genero:
		Comorbilidades a especificar (i.e. alteración de funciones cognitivas):	
		Osteoporosis en tratamiento por otro Medico Clínico o especialista Indicar cuál:	
		Sitios de fractura que son excluidos:	
F4.	Pacientes con Fractura de Cadera: ¿Cómo se identifican?	Marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Visita del FLS a la guardia de ortopedia/trauma <input type="checkbox"/> Uso de las listas de admisión de salas de emergencias <input type="checkbox"/> Uso de sistemas IT, radiología <input type="checkbox"/> Otra. Especificar:	
F5.	Otros pacientes con Fractura no vertebral ni cadera. ¿Cómo se identifican?	Marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Visita del FLS a la guardia de ortopedia/trauma <input type="checkbox"/> Uso de las listas de admisión de salas de emergencias <input type="checkbox"/> Uso de sistemas IT, radiología <input type="checkbox"/> Otro. Especificar:	

F. Acerca de la Identificación de Pacientes en el FLS

F6.	Fractura de pacientes ambulatorios ¿cómo se identifican?	Marque todas las que apliquen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Visita del FLS a la guardia de ortopedia/trauma <input type="checkbox"/> Uso de las listas de admisión de salas de emergencias <input type="checkbox"/> Uso de sistemas IT, radiología <input type="checkbox"/> Otro. Especificar:
F7.	¿Existe un proceso separado para identificar a los pacientes con fractura que deberían haber recibido prevención secundaria de fracturas, pero que no fueron identificados inicialmente (por ejemplo, revisión de datos cualitativos, auditoría)?	Marque todas las que apliquen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> SI para cadera <input type="checkbox"/> SI para internaciones que no sean Fx cadera <input type="checkbox"/> SI para pacientes ambulatorios/clínicos <input type="checkbox"/> SI para fracturas vertebrales clínicas Si respondió SI, describa el proceso:
F12.	Por favor, comente acerca de las fortalezas y limitaciones para la identificación de pacientes en su servicio:	

G. Acerca de la evaluación post-fractura y/o tratamiento para prevención de fractura secundaria

G1.	¿Quién evalúa al paciente por prevención de fractura secundaria?	Marque todas las que apliquen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Miembros del FLS <input type="checkbox"/> Médico de planta – especialidad: <input type="checkbox"/> Se refiere o deriva a medico de primera atención <input type="checkbox"/> Otro; especifique:
G2.	Su institución cuenta con acceso a DXA?	Marque una opción: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
G3.	En caso negativo, indique si su institución tiene acceso a DXA en algún centro de referencia	Marque una opción: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
G4.	Si no tiene acceso a DXA, indique qué otro método de evaluación utiliza.	Marque una opción: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ultrasonido periférico <input type="checkbox"/> Quantitative pQCT <input type="checkbox"/> Peripheral DXA <input type="checkbox"/> FRAX or other risk assessment tool <input type="checkbox"/> Other, please specify:
G5.	¿Qué pacientes con fracturas son elegibles para ser referidos a DXA?	<input type="checkbox"/> Todos los pacientes son elegibles Rango etario: Género: Sitios de fractura que no resultan elegibles para DXA: Comentarios adicionales (i.e. ¿Las guías nacionales o criterios de reembolso de DXA fijan los criterios según los cuales las fracturas resultan elegibles?):
G6.	¿Quién establece la necesidad de tratamiento?	Marque todas las que apliquen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Miembro del FLS <input type="checkbox"/> Médico de planta, especialidad: <input type="checkbox"/> Se refiere o deriva a medico de primera atención <input type="checkbox"/> Otro; especifique:

G. Acerca de la evaluación post-fractura y/o tratamiento para prevención de fractura secundaria

G7.	¿Quién discute los resultados de las evaluaciones anteriores con el paciente?	Marque todas las que apliquen: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Miembro del FLS<input type="checkbox"/> Médico de planta, especialidad:<input type="checkbox"/> Se refiere o deriva a medico de primera atención<input type="checkbox"/> Otro; especifique:
G8.	¿Qué intervenciones pueden resultar de la evaluación post-fractura del FLS?	Marque todas las que apliquen: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tratamiento farmacológico (excluyendo calcio y vitamina D)<input type="checkbox"/> Suplementación con Calcio y vitamina D<input type="checkbox"/> Acceso a programas / recursos adicionales de educación (más allá de cualquier discusión en el contacto inicial o en la clínica con FLS)<input type="checkbox"/> Seguimiento clínico con el especialista adecuado si se identifican anomalías en los análisis de laboratorio<input type="checkbox"/> Otro. Favor especificar:
G9.	Cómo obtiene el paciente tratamiento para prevención de fracturas secundarias resultante de la evaluación post-fractura del FLS?	Marque todas las que apliquen: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> FLS escribe indicación para un médico de atención primaria<input type="checkbox"/> FLS escribe indicación para un médico de planta<input type="checkbox"/> El FLS hace la primera prescripción en el FLS de la clínica<input type="checkbox"/> Otro. Favor especificar:
G10.	¿El FLS evalúa cada tipo de fractura de la misma manera?	Marque una opción: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Si<input type="checkbox"/> No<input type="checkbox"/> Si su respuesta es "NO", ¿Cuáles son las diferencias?
G11.	Sírvase proporcionar AQUÍ cualquier comentario adicional sobre la evaluación post-fractura y/o tratamiento para la prevención de fracturas secundarias.	

J. 3: Tiempo hasta el estudio post-fractura

J4.	Oportunidades para la toma de decisión en menor tiempo:	
------------	---	--

K. Standard 4: Vertebral Fracture

		Número	<50%	50%-69%	70%-89%	>90%	No sabe	N/A
K1.	Número y % de pacientes con sospecha o diagnóstico de FxV clínica fueron identificados para prevención secundaria de fracturas en los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K2.	Número y % de todos los pacientes del FLS sin FxV que recibieron de rutina evaluación con morfometría lateral vertebral por DXA o RX vertebral en los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Por favor seleccione todas las usadas:						
		<input type="checkbox"/> VFA <input type="checkbox"/> Plain radiology						
		Número	<50%	50%-69%	70%-89%	>90%	No sabe	N/A
K3.	% de pacientes originalmente identificados por el departamento de Radiología con FxV con RX, TC y MRI que fueron evaluados para prevención de fractura secundaria en los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K4.	En caso que en su institución los pacientes con FxV no sean identificados y/o evaluados y/o tratados para prevención secundaria de fracturas, indique las restricciones que aplican	Por favor marque todas las que apliquen:						
		<input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Falta de recursos <input type="checkbox"/> Falta de financiamiento <input type="checkbox"/> Otro, favor especificar:						
		Número	0-8 semanas	9-12 semanas	13-16 semanas	>16 semanas	No sabe	N/A
K5.	Luego de ser identificados, indique el tiempo estimado en que los pacientes con FxV reciben tratamiento y/o tratados para prevención secundaria de fracturas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K6.	Si aplica, indique cuáles son las barreras para identificar los pacientes con FxV? (i.e. Utiliza guía ISCD, temas de privacidad para acceder a las imágenes)							

L. 5: Guías de estudio

L1.	La evaluación y/o tratamiento para prevención de fracturas secundarias dentro de su institución se realiza según Guías que:	Marque todas las que apliquen: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Han sido desarrolladas localmente<input type="checkbox"/> Reflejan y son consistentes con políticas de salud y guías consensuadas regionalmente<input type="checkbox"/> Reflejan y son consistentes con políticas de salud y guías consensuadas a nivel nacional
L2.	¿Utiliza alguna herramienta de evaluación de riesgo?	Marque todas las que apliquen: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> FRAX®<input type="checkbox"/> Qfracture<input type="checkbox"/> Garvan<input type="checkbox"/> No sabe<input type="checkbox"/> Otro
L3.	Comentarios:	

M. 6: Causas de Osteoporosis Secundaria

M1.	% de pacientes sometidos a investigación (al menos laboratorios) para desestimar causas preexistentes de baja DMO	Marque solo una opción: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Menor a 50%<input type="checkbox"/> 50%-69%<input type="checkbox"/> 70%-89%<input type="checkbox"/> 90% o más<input type="checkbox"/> No sabe
M2.	Indique la rutina de laboratorio	Marque todas aplican: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Serum calcium<input type="checkbox"/> Serum phosphate<input type="checkbox"/> Serum alkaline phosphate<input type="checkbox"/> Serum 25OH vitamin D<input type="checkbox"/> Serum Parathyroid hormone<input type="checkbox"/> Full blood count<input type="checkbox"/> Erythrocyte sedimentation rate/ ESR<input type="checkbox"/> Liver function<input type="checkbox"/> Thyroid function<input type="checkbox"/> Coeliac disease screen<input type="checkbox"/> Immunoglobulins/myeloma screen<input type="checkbox"/> Renal function<input type="checkbox"/> Otro
M3.	¿Qué otros marcadores de laboratorio se indican? (i.e. Marcadores óseos)	

N. 7: Servicio de Prevención de Caídas

N1.	Su evaluación FLS incluye evaluación e intervención de caídas (donde fuere aplicable) para disminuir el riesgo futuro de Fx.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Si<input type="checkbox"/> No<input type="checkbox"/> No sabe
N2.	En caso afirmativo, indique % de pacientes evaluados para determinar la necesidad de prevención de caídas	Marque solo una opción: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Menor a 50%<input type="checkbox"/> 50%-69%<input type="checkbox"/> 70%-89%<input type="checkbox"/> 90% o mayor<input type="checkbox"/> No sabe

N. 7: Servicio de Prevención de Caídas

N3.	La intervención y prevención de caídas es realizada por el mismo equipo que determina la necesidad de tratamiento de prevención de fracturas secundarias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A Por favor, describa cómo se realiza la evaluación de riesgo de caídas:
N4.	¿Cuáles son las intervenciones que se ofrecen para reducir el riesgo de caídas?	Por favor, marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Clase de ejercicios basados en pruebas y balance (i.e. Otago, FAME, etc.) <input type="checkbox"/> Revisión de medicación <input type="checkbox"/> Evaluación del entorno doméstico <input type="checkbox"/> Prueba visual
N5.	¿Qué restricciones aplican?	Marque todas apliquen: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Edad Genero <input type="checkbox"/> Sólo <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Grupos de Fx específicos <input type="checkbox"/> Otros, favor especificar:
N8.	Comentarios:	

O. 8: Estudio Multidisciplinario de Factores de Riesgo

O1.	% de pacientes con Fx por fragilidad que reciben evaluación multidisciplinaria de factores de riesgo derivados del estilo de vida, tales como, fumar, consumo alcohol, sedentarismo, recomendaciones de dieta, etc?	Marque solo una opción: <input type="checkbox"/> < 50% <input type="checkbox"/> 50%-69% <input type="checkbox"/> 70%-89% <input type="checkbox"/> 90% o más <input type="checkbox"/> No sabe
O2.	Comentarios	

P. 9: Inicio de Medicación

P1.	% de pacientes con recomendación de tratamiento para osteoporosis (excluyendo Calcio y Vit D) que efectivamente reciben tratamiento	Marque solo una opción: <input type="checkbox"/> < 50% <input type="checkbox"/> 50%-69% <input type="checkbox"/> 70%-89% <input type="checkbox"/> 90% o más <input type="checkbox"/> No sabe
P2.	Indique si los pacientes reciben acción diferenciada por tipo de fractura/edad/genero/residencia	

Q. 10: Revisión del Tratamiento

Q1.	% de pacientes que ya están en tratamiento para osteoporosis, en los que su servicio realiza una reevaluación cuando ocurre una Fx por fragilidad para establecer que el tratamiento indicado es la mejor opción disponible	Marque solo una opción: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> < 50%<input type="checkbox"/> 50%-69%<input type="checkbox"/> 70%-89%<input type="checkbox"/> 90% o más<input type="checkbox"/> No sabe
Q2.	Indique si los pacientes reciben acción diferenciada por tipo de fractura/edad/genero/residencia. ¿Qué otras pruebas son utilizadas (i.e. marcadores óseos)?	

R. 11: Estrategia de Comunicación

R1.	¿Quién recibe en su servicio el informe resumiendo los hallazgos de la evaluación de tratamiento para prevención de fracturas secundarias?	Marque todas las opciones que apliquen: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Paciente<input type="checkbox"/> Médico de primera atención<input type="checkbox"/> Cirujano ortopédico o clínico responsable del tratamiento de la Fx<input type="checkbox"/> Servicio de prevención de caídas<input type="checkbox"/> Especialista en OP, favor especificar:<input type="checkbox"/> Otro, favor especificar:
R2.	¿Qué información incluye el informe?	Marque todas las opciones que apliquen: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Índice de riesgo de Fractura<input type="checkbox"/> DXA – DMO<input type="checkbox"/> DXA – evaluación de FxV o resultado de RX Columna en su reemplazo<input type="checkbox"/> Factores de riesgo de caídas<input type="checkbox"/> Índice de riesgo de Fx (FRAX, Garvan, Qfracture, etc.)<input type="checkbox"/> Revisión de adherencia al tratamiento (si aplica)<input type="checkbox"/> Plan de Seguimiento<input type="checkbox"/> Evaluación de factores de riesgo asociados al estilo de vida<input type="checkbox"/> Otro, favor especificar:
R3.	¿A quien se comunican alternativamente los hallazgos y evaluaciones de rutina?	

S. 12: Tratamiento a Largo Plazo

S1.	Indique si existe un plan de tratamiento para prevención de fracturas secundarias para re-evaluar riesgo y monitorear adherencia al tratamiento en los pacientes que han sido indicados.	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Si<input type="checkbox"/> No
S2.	En caso afirmativo, indique qué incluye la re-evaluación.	Marque todas las opciones que apliquen: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Adherencia al Tratamiento<input type="checkbox"/> Efectos no deseados<input type="checkbox"/> Índice de re-fractura<input type="checkbox"/> Cambio en los factores de riesgo de Fx<input type="checkbox"/> Caídas recurrentes<input type="checkbox"/> Otro, Favor especificar:

S. 12: Tratamiento a Largo Plazo

S3.	¿Cuáles son los pacientes que son sometidos a re-evaluación en su servicio?	Marque todas las opciones que apliquen: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pacientes ingresados con Fx cadera <input type="checkbox"/> Pacientes ambulatorios con Fx por fragilidad (no cadera) <input type="checkbox"/> Fx Vertebrales clínicas <input type="checkbox"/> Fx Vertebrales radiológicas
S4.	Indique la frecuencia en que los pacientes con recomendación de iniciar tratamiento son re-evaluados	Marque todas las que aplican: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> < 6 months <input type="checkbox"/> 7-12 months <input type="checkbox"/> 13-24 months <input type="checkbox"/> > 25 months
S5.	El tiempo de re-evaluación se mide a partir de:	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La fecha del índice de Fx <input type="checkbox"/> La fecha de la recomendación de tratamiento <input type="checkbox"/> Otro. Favor especificar:
S6.	¿Cómo se monitorean los pacientes?	Marque todas las que aplican: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Revisión de tratamiento <input type="checkbox"/> Entrevista telefónica <input type="checkbox"/> Cuestionario postal <input type="checkbox"/> Revisión clínica <input type="checkbox"/> DXA <input type="checkbox"/> Otro. Favor especificar:
S7.	¿Quién es el responsable del tratamiento a largo plazo de los pacientes?	Marque todas las que aplican: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coordinador FLS <input type="checkbox"/> Especialista no clínico <input type="checkbox"/> Médico - especialidad: <input type="checkbox"/> Médico de atención primaria <input type="checkbox"/> Otro médico. Favor especificar:
S8.	Comentarios:	

T. 13: Base de Datos (bd)

T1.	Indique si su FLS posee una bd local de registro de los pacientes con fractura	Marque todas las que aplican: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fx Cadera <input type="checkbox"/> Otras Fx
T2.	¿Incorpora la información de su db a un registro regional?	Marque todas las que aplican: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fx Cadera <input type="checkbox"/> Otras Fx
T3.	¿Incorpora la información de su db a un registro central de alcance nacional?	Marque todas las que aplican: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fx Cadera <input type="checkbox"/> Otras Fx
T4.	Si contestó NO en alguna de las anteriores, indique las restricciones que aplican.	

Comentarios

Sírvase agregar cualquier información adicional de relevancia con relación a su FLS aquí:

Por favor, guarde el cuestionario poniendo como título el nombre de su hospital y fecha. Luego, envíelo por mail a capturethefracture@iofbonehealth.org. En las semanas siguientes, le enviaremos un resumen de su perfil.

Visite www.capturethefracture.org/fls-questionnaire-survey para completar una breve encuesta de satisfacción con relación a su solicitud.

Agradecemos su participación!