

Treatment Satisfaction Questionnaire for Medication

Instructions: Please take some time to think about your level of satisfaction or dissatisfaction with the medication you are taking in this clinical trial. We are interested in your evaluation of the effectiveness, side effects, and convenience of the medication *over the last two to three weeks, or since you last used it*. For each question, please place a single check mark next to the response that most closely corresponds to your own experiences.

1. How satisfied or dissatisfied are you with the ability of the medication to prevent or treat your condition?

- ☐₁ Extremely Dissatisfied
- ☐₂ Very Dissatisfied
- ☐₃ Dissatisfied
- ☐₄ Somewhat Satisfied
- ☐₅ Satisfied
- ☐₆ Very Satisfied
- ☐₇ Extremely Satisfied

2. How satisfied or dissatisfied are you with the way the medication relieves your symptoms?

- ☐₁ Extremely Dissatisfied
- ☐₂ Very Dissatisfied
- ☐₃ Dissatisfied
- ☐₄ Somewhat Satisfied
- ☐₅ Satisfied
- ☐₆ Very Satisfied
- ☐₇ Extremely Satisfied

3. How satisfied or dissatisfied are you with the amount of time it takes the medication to start working?

- ☐₁ Extremely Dissatisfied
- ☐₂ Very Dissatisfied
- ☐₃ Dissatisfied
- ☐₄ Somewhat Satisfied
- ☐₅ Satisfied
- ☐₆ Very Satisfied
- ☐₇ Extremely Satisfied

4. As a result of taking this medication, do you experience any side effects at all?

- ☐₁ Yes
- ☐₀ No (if No, then please skip to Question 9)

5. How bothersome are the side effects of the medication you take to treat your condition?

- ☐₁ Extremely Bothersome
- ☐₂ Very Bothersome
- ☐₃ Somewhat Bothersome
- ☐₄ A Little Bothersome
- ☐₅ Not at All Bothersome

6. To what extent do the side effects interfere with your physical health and ability to function (i.e., strength, energy levels, etc.)?

- ☐₁ A Great Deal
- ☐₂ Quite a Bit
- ☐₃ Somewhat
- ☐₄ Minimally
- ☐₅ Not at All

7. To what extent do the side effects interfere with your mental function (i.e., ability to think clearly, stay awake, etc.)?

- ☐₁ A Great Deal
- ☐₂ Quite a Bit
- ☐₃ Somewhat
- ☐₄ Minimally
- ☐₅ Not at All

8. To what degree have medication side effects affected your overall satisfaction with the medication?

- ☐₁ A Great Deal
- ☐₂ Quite a Bit
- ☐₃ Somewhat
- ☐₄ Minimally
- ☐₅ Not at All

9. How easy or difficult is it to use the medication in its current form?

- ☐₁ Extremely Difficult
- ☐₂ Very Difficult
- ☐₃ Difficult
- ☐₄ Somewhat Easy
- ☐₅ Easy
- ☐₆ Very Easy
- ☐₇ Extremely Easy

10. How easy or difficult is it to plan when you will use the medication each time?

- ☐₁ Extremely Difficult
- ☐₂ Very Difficult
- ☐₃ Difficult
- ☐₄ Somewhat Easy
- ☐₅ Easy
- ☐₆ Very Easy
- ☐₇ Extremely Easy

11. How convenient or inconvenient is it to take the medication as instructed?

- ☐₁ Extremely Inconvenient
- ☐₂ Very Inconvenient
- ☐₃ Inconvenient
- ☐₄ Somewhat Convenient
- ☐₅ Convenient
- ☐₆ Very Convenient
- ☐₇ Extremely Convenient

12. Overall, how confident are you that taking this medication is a good thing for you?

- ☐₁ Not at All Confident
- ☐₂ A Little Confident
- ☐₃ Somewhat Confident
- ☐₄ Very Confident
- ☐₅ Extremely Confident

13. How certain are you that the good things about your medication outweigh the bad things?

- ☐₁ Not at All Certain
- ☐₂ A Little Certain
- ☐₃ Somewhat Certain
- ☐₄ Very Certain
- ☐₅ Extremely Certain

14. Taking all things into account, how satisfied or dissatisfied are you with this medication?

- ☐₁ Extremely Dissatisfied
- ☐₂ Very Dissatisfied
- ☐₃ Dissatisfied
- ☐₄ Somewhat Satisfied
- ☐₅ Satisfied
- ☐₆ Very Satisfied
- ☐₇ Extremely Satisfied

TSQM *(version 1.4)*

Cuestionario sobre la satisfacción con el medicamento (versión española del TSQM)

Instrucciones: Piense por unos minutos sobre su nivel de satisfacción o insatisfacción con el medicamento que está tomando en este estudio clínico. Nos interesa que evalúe durante las últimas dos a tres semanas o desde la última vez que lo tomó, la eficacia, los efectos secundarios del medicamento, y si resulta práctico tomarlo. En cada pregunta, coloque una sola marca al lado de la respuesta que corresponde mejor a su experiencia particular.

1. Indique el grado de satisfacción o insatisfacción con la capacidad del medicamento para prevenir o tratar su condición.

- ☐₁ Sumamente insatisfecho(a)
- ☐₂ Muy insatisfecho(a)
- ☐₃ Insatisfecho(a)
- ☐₄ Algo satisfecho(a)
- ☐₅ Satisfecho(a)
- ☐₆ Muy satisfecho(a)
- ☐₇ Sumamente satisfecho(a)

2. Indique el grado de satisfacción o insatisfacción con la manera en que el medicamento alivia sus síntomas.

- ☐₁ Sumamente insatisfecho(a)
- ☐₂ Muy insatisfecho(a)
- ☐₃ Insatisfecho(a)
- ☐₄ Algo satisfecho(a)
- ☐₅ Satisfecho(a)
- ☐₆ Muy satisfecho(a)
- ☐₇ Sumamente satisfecho(a)

3. Indique el grado de satisfacción o insatisfacción con el tiempo que demora el medicamento en empezar a hacer efecto.

- ☐₁ Sumamente insatisfecho(a)
- ☐₂ Muy insatisfecho(a)
- ☐₃ Insatisfecho(a)
- ☐₄ Algo satisfecho(a)
- ☐₅ Satisfecho(a)
- ☐₆ Muy satisfecho(a)
- ☐₇ Sumamente satisfecho(a)

4. ¿Tiene algún efecto secundario a consecuencia de este medicamento?

☐₁ Sí

☐₀ No (Si su respuesta es No, pase a la pregunta 9)

5. Indique el grado de molestia de los efectos secundarios del medicamento que toma para el tratamiento de su afección.

☐₁ Molestias excesivas

☐₂ Muchas molestias

☐₃ Algunas molestias

☐₄ Pocas molestias

☐₅ Ninguna molestia

6. ¿Hasta qué punto interfieren los efectos secundarios con su salud física y con su capacidad de funcionamiento (es decir, fuerza, nivel de energía, etc.)?

☐₁ Muchísimo

☐₂ Mucho

☐₃ Algo

☐₄ Muy poco

☐₅ Nada

7. ¿Hasta qué punto interfieren los efectos secundarios con su capacidad mental (es decir, la capacidad de pensar con claridad, mantenerse despierto, etc.)?

☐₁ Muchísimo

☐₂ Mucho

☐₃ Algo

☐₄ Muy poco

☐₅ Nada

8. ¿Hasta qué punto influyeron los efectos secundarios en su satisfacción general con el medicamento?

☐₁ Muchísimo

☐₂ Mucho

☐₃ Algo

☐₄ Muy poco

☐₅ Nada

9. ¿Hasta qué punto fue fácil o difícil usar/tomar el medicamento en su forma actual?

- ☐1 Sumamente difícil
- ☐2 Muy difícil
- ☐3 Difícil
- ☐4 Algo fácil
- ☐5 Fácil
- ☐6 Muy fácil
- ☐7 Sumamente fácil

10. ¿Hasta qué punto es fácil o difícil planear cada vez que debe usar/tomar el medicamento?

- ☐1 Sumamente difícil
- ☐2 Muy difícil
- ☐3 Difícil
- ☐4 Algo fácil
- ☐5 Fácil
- ☐6 Muy fácil
- ☐7 Sumamente fácil

11. ¿Hasta qué punto es o no es práctico tomar el medicamento tal como se indica?

- ☐1 Nada práctico
- ☐2 Muy poco práctico
- ☐3 Poco práctico
- ☐4 Algo práctico
- ☐5 Práctico
- ☐6 Muy práctico
- ☐7 Sumamente práctico

12. En términos generales, ¿qué confianza tiene de que tomar este medicamento es bueno para usted?

- ☐1 Ninguna confianza
- ☐2 Un poco de confianza
- ☐3 Algo de confianza
- ☐4 Mucha confianza
- ☐5 Confianza absoluta

13. ¿Hasta qué punto está convencido(a) de que las ventajas del medicamento superan las desventajas?

- ☐1 Nada convencido(a)
- ☐2 Un poco convencido(a)
- ☐3 Algo convencido(a)
- ☐4 Muy convencido(a)
- ☐5 Totalmente convencido(a)

14. Teniendo en cuenta todos los aspectos, ¿cuál es su grado de satisfacción o insatisfacción con este medicamento?

- ☐1 Sumamente insatisfecho(a)
- ☐2 Muy insatisfecho(a)
- ☐3 Insatisfecho(a)
- ☐4 Algo satisfecho(a)
- ☐5 Satisfecho(a)
- ☐6 Muy satisfecho(a)
- ☐7 Sumamente satisfecho(a)