

1. Sexo	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
2. Edad	<input type="checkbox"/> Entre 18-30 años <input type="checkbox"/> Entre 31 -60 años <input type="checkbox"/> Mayor de 60 años	
3. Fumador	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. Sobrepeso/Obesidad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Lleva una dieta mediterránea?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
6. ¿Realiza ejercicio físico? (Considerar afirmativo si lo realiza más de 3 veces/semana.)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. Antecedentes familiares con artrosis	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
8. ¿Cuánto hace que le diagnosticaron artrosis?	<input type="checkbox"/> Este año. <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 años <input type="checkbox"/> Más de 3 años.	
9. Producto que se le dispensa (Indicar principio activo)		
10. ¿Desde cuándo está en tratamiento con SYSADOAS?	<input type="checkbox"/> Es la primera vez (INICIO) <input type="checkbox"/> Entre 2 y 6 meses. (CONTINUACIÓN, desde hace más de 3 meses) <input type="checkbox"/> Más de 6 meses	
11. ¿Quién se lo recomendó?	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Farmacéutico <input type="checkbox"/> Otros.	
12. ¿Toma analgésicos? (En caso afirmativo se indicará el principio activo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
13. Otras enfermedades: Tratadas: Diabetes Hipertensión Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
14. ¿Ha tomado anteriormente otros medicamentos como analgésicos? (Preguntar en dispensación.) (En caso afirmativo se indicará el principio activo)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. Desde que lo toma, ha notado: Reducción del dolor Mejora de la calidad de vida Mejora de la movilidad Mejora del estado de ánimo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
16. En comparación con los analgésicos ¿cómo le va?	<input type="checkbox"/> Mejor. <input type="checkbox"/> Igual/no nota diferencia. <input type="checkbox"/> Peor.	