

El objetivo del estudio **ONCOVIDVACUNAS** es conocer los efectos secundarios de las vacunas antiCOVID-19 administradas a los pacientes con cáncer, principalmente a aquellos en tratamiento oncológico activo.

Los datos serán recogidos por el propio paciente en una aplicación móvil que enviará una serie de cuestionarios tras las dosis de la vacuna, y posteriormente a los 3 y 6 meses.

A continuación, se detallan las variables a recoger en el estudio:

## Preguntas basales de la aplicación para el autoregistro

- Correo electrónico \_\_\_\_\_
- Teléfono móvil \_\_\_\_\_
- Hospital \_\_\_\_\_
- Fecha de primera vacuna \_\_\_\_\_
- Fecha de segunda vacuna \_\_\_\_\_

## Cuestionario Primera vacunación

- Año de nacimiento (numérico) \_\_\_\_\_
- Sexo:  Hombre  Mujer
- Provincia donde se vacunó \_\_\_\_\_

- ¿Tiene cáncer ahora?  Sí  No  No sabe / No contesta
- ¿Le han operado de su cáncer?  Sí  No  No sabe / No contesta

### • Tipo de cáncer:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mama                    | <input type="checkbox"/> Sarcoma                | <input type="checkbox"/> Ovarios                        |
| <input type="checkbox"/> Pulmón                  | <input type="checkbox"/> Oral-Boca              | <input type="checkbox"/> Endometrio                     |
| <input type="checkbox"/> Colon/Recto             | <input type="checkbox"/> Faringe                | <input type="checkbox"/> Otros ginecológicos            |
| <input type="checkbox"/> Canal anal              | <input type="checkbox"/> Laringe                | <input type="checkbox"/> Sistema nervioso central (SNC) |
| <input type="checkbox"/> Gastrointestinal (GIST) | <input type="checkbox"/> Próstata               | <input type="checkbox"/> Vías biliares                  |
| <input type="checkbox"/> Esófago                 | <input type="checkbox"/> Vejiga                 | <input type="checkbox"/> Hígado (Hepatocarcinoma)       |
| <input type="checkbox"/> Estómago                | <input type="checkbox"/> Riñón                  | <input type="checkbox"/> No sabe / No contesta          |
| <input type="checkbox"/> Páncreas                | <input type="checkbox"/> Melanoma               | <input type="checkbox"/> Otros                          |
| <input type="checkbox"/> Neuroendocrino          | <input type="checkbox"/> Piel-Otros no melanoma | _____   |

- Especifique otro tipo de cáncer (dependiente de Otros) \_\_\_\_\_

### • ¿Qué tipo de tratamiento está recibiendo? (elegir todas las opciones que procedan)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno       | <input type="checkbox"/> Inmunoterapia  | <input type="checkbox"/> Radioterapia          |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Hormonoterapia | <input type="checkbox"/> Otros _____           |
|  |   | <input type="checkbox"/> No sabe / No contesta |

- Especifique otro tipo de tratamiento (dependiente de Otros) \_\_\_\_\_

• **Con respecto al tratamiento recibido**

- Hace más de 1 año que acabé
- He acabado el tratamiento hace menos de un año
- Estoy recibiendo tratamiento desde hace menos de un año
- Estoy recibiendo tratamiento desde hace más de un año y menos de 2 años
- Estoy recibiendo tratamiento desde hace más de 2 años
- No sabe / No contesta

• **Fecha del último tratamiento recibido** \_\_\_\_\_

• **¿Qué vía se utiliza para el tratamiento que está recibiendo?**

- Tratamiento Oral/Intramuscular
- Una combinación de tratamiento oral y endovenoso
- Estoy en tratamiento con radioterapia
- Tratamiento endovenoso
- No sabe / No contesta

• **¿Ha tenido COVID19 antes de la vacunación?**  Sí  No

• **¿Conoce el tipo de Vacuna que le han administrado?**

- Pfizer (BioNTech)
- AstraZeneca (Oxford)
- No sabe / No contesta
- Moderna (mRNA-1273)
- Janssen (Johnson & Johnson: JNJ-78436735)

• **¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo dolor en la zona del pinchazo?**

- No
- Sí, con el movimiento del brazo
- No sabe / No contesta
- Sí, cuando presionaba la zona
- Sí, me despertaba por la noche

• **¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo la zona del pinchazo enrojecida?**

- No
- Sí, con un hematoma
- Sí
- No sabe / No contesta

• **¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo fiebre?**

- No
- Sí, más de 38°C
- Sí, menos de 38°C
- No sabe / No contesta

• **¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo escalofríos/tiritonas?**

- No
- Sí
- No sabe / No contesta

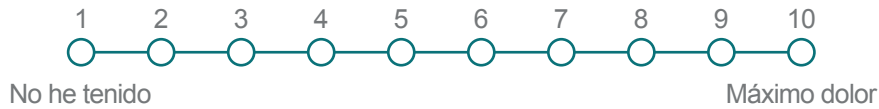
• **Por favor, indique como de severas fueron las tiritonas**



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo dolores musculares (mialgias)?

 No Sí No sabe / No contesta

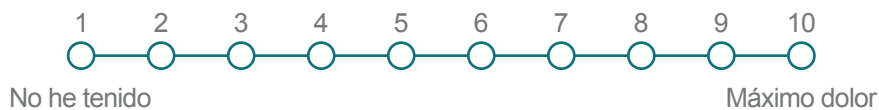
- Por favor, indique como de severos fueron los dolores musculares (mialgias)



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo dolor de cabeza (cefalea)?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severos fueron los dolores de cabeza (cefaleas)



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo cansancio?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como fue el cansancio



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo dolores articulares?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severos fueron los dolores articulares



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo náuseas o vómitos?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severas fueron las náuseas o vómitos



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo diarrea?

No

Sí

No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severas fueron las diarreas



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo aumento del tamaño de los ganglios linfáticos en forma de nódulos axilares, subcutáneos o cervicales?

No

Sí

No sabe / No contesta

- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo pérdida de apetito?

No

Sí

No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severas las pérdida de apetito



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo mareos?

No

Sí

No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severos fueron los mareos



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo insomnio / no podía dormir?

No

Sí

No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severo fue el insomnio



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo malestar?

No

Sí

No sabe / No contesta

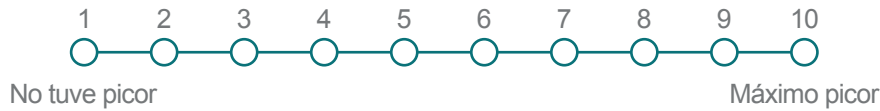
- Por favor, indique como de severo fue el malestar



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo picor en el lugar de la inyección?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severo fue el picor



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo dificultad para respirar?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severa fue la dificultad para respirar



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo una reacción alérgica grave?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severas fueron las alergias



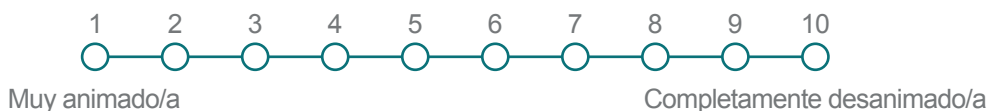
- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo caída (parálisis) temporal de un lado de la cara?

 No Sí No sabe / No contesta

- ¿Recuerda cuantos días le duraron los efectos que ha descrito?

 No tuve efectos secundarios Me duraron 2 días Me duraron 1 semana (entre 3 y 1 semana) Me duraron 1 día Me duraron 3 días Me duraron más de una semana No sabe / No contesta

- ¿Cómo ha influido en su estado de ÁNIMO que le hayan vacunado?



- ¿Cómo ha influido en su estado de ANSIEDAD que le hayan vacunado?



**• ¿Cómo cree que cambiará su vida la vacunación?**

- En nada  
 Podré realizar mis actividades personales más tranquilo pero sin reunirme con gente  
 Podré realizar mis actividades sociales reuniéndome con gente  
 No sabe / No contesta

**• ¿Cómo cree que cambiará su vida social con la vacuna?**

- En nada  
 Realizaré reuniones con gente en sitios cerrados  
 Realizaré salidas con gente al aire libre  
 No sabe / No contesta

**• ¿Va a recibir una segunda dosis de vacunación?**

- No  Sí  No sabe / No contesta

**Cuestionario segunda vacunación****• ¿Conoce el tipo de Vacuna que le han administrado?**

- Pfizer (BioNTech)  AstraZeneca (Oxford)  No sabe / No contesta  
 Moderna (mRNA-1273)  Janssen (Johnson & Johnson: JNJ-78436735)

**• ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo dolor en la zona del pinchazo?**

- No  Sí, con el movimiento del brazo  No sabe / No contesta  
 Sí, cuando presionaba la zona  Sí, me despertaba por la noche

**• ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo la zona del pinchazo enrojecida?**

- No  Sí, con un hematoma  
 Sí  No sabe / No contesta

**• ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo fiebre?**

- No  Sí, más de 38°C  
 Sí, menos de 38°C  No sabe / No contesta

**• ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo escalofríos / tiritonas?**

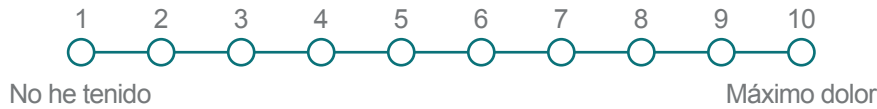
- No  Sí  No sabe / No contesta

**• Por favor, indique como de severas fueron las tiritonas**

- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo dolores musculares (mialgias)?

No  Sí  No sabe / No contesta

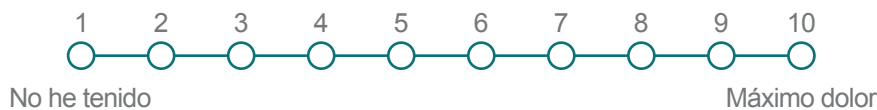
- Por favor, indique como de severos fueron los dolores musculares (mialgias)



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo dolor de cabeza (cefalea)?

No  Sí  No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severos fueron los dolores de cabeza (cefaleas)



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo cansancio?

No  Sí  No sabe / No contesta

- Por favor, indique como fue el cansancio



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo dolores articulares?

No  Sí  No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severos fueron los dolores articulares



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo náuseas o vómitos?

No  Sí  No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severas fueron las náuseas o vómitos



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo diarrea?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severas fueron las diarreas



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo aumento del tamaño de los ganglios linfáticos en forma de nódulos axilares, subcutáneos o cervicales?

 No Sí No sabe / No contesta

- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo pérdida de apetito?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severas las pérdida de apetito



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo mareos?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severos fueron los mareos



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo insomnio / no podía dormir?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severo fue el insomnio



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo malestar?

 No Sí No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severo fue el malestar

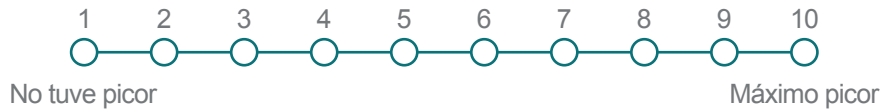




- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo picor en el lugar de la inyección?

No  Sí  No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severo fue el picor



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo dificultad para respirar?

No  Sí  No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severa fue la dificultad para respirar



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo una reacción alérgica grave?

No  Sí  No sabe / No contesta

- Por favor, indique como de severas fueron las alergias



- ¿En los primeros días tras la vacunación, tuvo caída (parálisis) temporal de un lado de la cara?

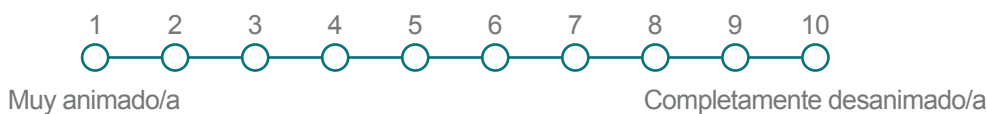
No  Sí  No sabe / No contesta

- ¿Recuerda cuantos días le duraron los efectos que ha descrito?

No tuve efectos secundarios  Me duraron 2 días  Me duraron 1 semana (entre 3 y 1 semana)  
 Me duraron 1 día  Me duraron 3 días  Me duraron más de una semana  
 No sabe / No contesta

## Cuestionario Post vacunación 3 meses

- ¿Cómo ha influido en su estado de ÁNIMO que le hayan vacunado?



- ¿Cómo ha influido en su estado de ANSIEDAD que le hayan vacunado?



• **¿Cómo cree que cambiará su vida la vacunación?**

- En nada
- Podré realizar mis actividades personales más tranquilo pero sin reunirme con gente
- Podré realizar mis actividades sociales reuniéndome con gente
- No sabe / No contesta

• **¿Cómo cree que cambiará su vida social con la vacuna?**

- En nada
- Realizaré reuniones con gente en sitios cerrados
- Realizaré salidas con gente al aire libre
- No sabe / No contesta

**Cuestionario Post vacunación 6 meses**

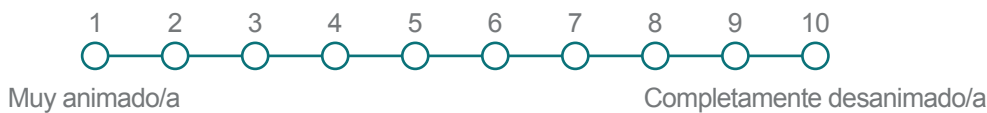
• **¿Ha tenido COVID19 en los 6 meses que han transcurrido desde la vacunación hasta ahora?**

- No
- Sí

• **¿Ha tenido que ser ingresado en el hospital debido al COVID19 tras vacunación?**

- No
- Sí

• **¿Cómo ha influido en su estado de ÁNIMO que le hayan vacunado?**



• **¿Cómo ha influido en su estado de ANSIEDAD que le hayan vacunado?**



• **¿Cómo cree que cambiará su vida la vacunación?**

- En nada
- Podré realizar mis actividades personales más tranquilo pero sin reunirme con gente
- Podré realizar mis actividades sociales reuniéndome con gente
- No sabe / No contesta

• **¿Cómo cree que cambiará su vida social con la vacuna?**

- En nada
- Realizaré reuniones con gente en sitios cerrados
- Realizaré salidas con gente al aire libre
- No sabe / No contesta