

HAQ KWESTIONARIUSZ STANU ZDROWIA

Imię i Nazwisko

Data

Poniższy kwestionariusz pozwoli dowiedzieć się, jak choroba wpływa na Pani/Pana możliwości funkcjonowania w życiu codziennym. Dodatkowe uwagi proszę zapisać na odwrocie strony.

UBIERANIE SIĘ I DBANIE O WYGLĄD

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
ubrać się samodzielnie, łącznie z zawiązaniem sznurowadeł i zapięciem guzików?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
umyć samodzielnie włosy?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

WSTAWANIE

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
wstać z krzesła bez poręczy?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
położyć się do łóżka i wstać?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

JEDZENIE

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
pokroić mięso na talerzu?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
podnieść pełną szklankę do ust?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
otworzyć nowy karton mleka?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHODZENIE

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
chodzić po płaskim terenie na zewnątrz?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
wejść po pięciu schodach?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROSZĘ ZAZNACZYĆ TE PRZYRZĄDY LUB POMOCE, KTÓRYCH ZWYKLE UŻYWA PAN/PANI PRZY WYKONYWANIU POWYŻSZYCH CZYNNOŚCI:

<input type="checkbox"/> laska	<input type="checkbox"/> kule
<input type="checkbox"/> przyrządy używane do ubierania się (np. haczyk do zapinania guzików, inne)	<input type="checkbox"/> specjalne krzesło
<input type="checkbox"/> chodzik	<input type="checkbox"/> wózek inwalidzki
<input type="checkbox"/> specjalnie przystosowane przybory do gotowania lub jedzenia	inne (wymienić): _____

PROSZĘ ZAZNACZYĆ TE CZYNNOŚCI, PRZY WYKONYWANIU KTÓRYCH ZWYKLE POTRZEBUJE PAN/PANI CZYJEJŚ POMOCY:

<input type="checkbox"/> ubieranie się i dbanie o wygląd	<input type="checkbox"/> jedzenie
<input type="checkbox"/> wstawanie	<input type="checkbox"/> chodzenie



www.poruszycswiat.pl ■ Wiedza w jednym miejscu

HAQ KWESTIONARIUSZ STANU ZDROWIA

PROSZE ZAZNACZYĆ ODPOWIEDŹ, KTÓRA NAJLEPIEJ OPISUJE PANA/PANI MOŻLIWOŚCI FUNKCJONOWANIA W ŻYCIU CODZIENNYM W CIĄGU MINIONEGO TYGODNIA.

HIGIENA

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
umyc się i wytrzeć?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
wykąpać się w wannie?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
usiąść na sedesie i wstać?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SIĘGANIE

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
sięgnąć po ok. 2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
schylić się aby podnieść odzież z podłogi?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CHWYTANIE

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
otworzyć drzwi w samochodzie?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
otworzyć ponownie wcześniej otwarty stoik?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
odkręcić i zakręcić kran?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CZYNNOŚCI

Czy był(a) Pan/Pani w stanie:	Bez żadnej trudności	Z pewną trudnością	Z dużą trudnością	Niezdolny do zrobienia
załatwiać różne sprawy, robić zakupy?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
wsiąść do samochodu i wysiąść?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
wykonywać prace domowe np.: (odkurzanie, prace w ogrodzie)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PROSZE ZAZNACZYĆ TE PRZYRZĄDY LUB POMOCE, KTÓRYCH ZWYKLE UŻYWA PAN/PANI PRZY WYKONYWANIU POWYŻSZYCH CZYNNOŚCI:

<input type="checkbox"/> podwyższony sedes	<input type="checkbox"/> poręcz przy wannie
<input type="checkbox"/> krzesło do wanny	<input type="checkbox"/> przybory z długą rączką do sięgania
<input type="checkbox"/> otwieracz do słoików (otwartych wcześniej)	<input type="checkbox"/> przybory z długą rączką w łazience (np. szczotka do ciała)
inne (wymienić): _____	

PROSZE ZAZNACZYĆ TE CZYNNOŚCI, PRZY WYKONYWANIU KTÓRYCH ZWYKLE POTRZEBUJE PAN/PANI CZYJEJŚ POMOCY:

<input type="checkbox"/> higiena	<input type="checkbox"/> chwytanie i otwieranie czegoś
<input type="checkbox"/> sięganie po coś	<input type="checkbox"/> załatwianie spraw i wykonywanie prac domowych

PROSZE ZAZNACZYĆ PIONOWĄ KRESKĄ TO MIEJSCE NA PONIŻSZEJ LINII, KTÓRE POKAZUJE NASILENIE BÓLU SPOWODOWANEGO CHOROBA W MINIONYM TYGODNIU

