

**Анкета оцінювання функціонального стану здоров'я
(Health assessment questionnaire: HAQ-DI).**

П.І.Б _____

Дата _____

В цій анкеті ми зацікавлені вивчити, як Ваше захворювання впливає на Вашу здатність виконувати звичайні дії в повсякденному житті. Якщо Ви вважаєте за необхідним, будь ласка, додайте будь-які коментарі.

Будь ласка, позначте галочкою відповідь, яка найбільш відповідає Вашої здатності самостійно виконувати звичайні дії ЗА ОСТАННІ 7 ДНІВ:

ВДЯГАННЯ ТА ЗОВНІШНІЙ ВИГЛЯД :

Чи можете Ви:	Не викликає НІЯКИХ труднощів	Викликає ДЕЯКІ труднощі	Викликає ЗНАЧНІ труднощі	НЕ МОЖУ зробити
Самостійно вдягтися, а також зав'язати шнурки та застібнути гудзики?				
Помити голову шампунем?				

ЗДАТНІСТЬ ВСТАВАТИ ТА СІДАТИ (АБО ЛЯГАТИ):

Чи можете Ви:	Не викликає НІЯКИХ труднощів	Викликає ДЕЯКІ труднощі	Викликає ЗНАЧНІ труднощі	НЕ МОЖУ зробити
Самостійно піднятися зі стільця без підлокітників?				
Лягти у ліжку та встати з нього?				

ПРИЙОМ ЇЖИ

Чи можете Ви:	Не викликає НІЯКИХ труднощів	Викликає ДЕЯКІ труднощі	Викликає ЗНАЧНІ труднощі	НЕ МОЖУ зробити
Розрізати м'ясу їжу?				
Піднести повну чашку або стакан до рота?				
Відкрити нову пачку молока?				

ХОДЬБА

Чи можете Ви:	Не викликає НІЯКИХ труднощів	Викликає ДЕЯКІ труднощі	Викликає ЗНАЧНІ труднощі	НЕ МОЖУ зробити
Ходити по рівній поверхні на вулиці?				
Піднятися на 5 сходинок вгору?				

Будь ласка, позначте галочками будь-які ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ АБО ПРИСТРОЇ, які Ви зазвичай використовуєте для будь-якої з наведеної вище діяльності:

<input type="checkbox"/> Палиця	<input type="checkbox"/> Пристрій, який використовується для вдягання (гачок для застібання гудзиків, шнурок для застібання змійки, ріжок з подовженою ручкою для взуття і тд.)
<input type="checkbox"/> Ходунок	<input type="checkbox"/> Спеціально прилаштований кухонний інвентар
<input type="checkbox"/> Костилі	<input type="checkbox"/> Спеціально прилаштоване крісло
<input type="checkbox"/> Інвалідне крісло	<input type="checkbox"/> інше (Вкажіть: _____)

Будь ласка, позначте галочками будь-які види діяльності, для яких Ви зазвичай потребуєте ДОПОМОГИ З БОКУ ІНШОЇ ЛЮДИНИ:

<input type="checkbox"/> Вдягання та зовнішній вигляд	<input type="checkbox"/> Прийом їжі
<input type="checkbox"/> Здатність вставати та сідати (або лягати) Ходьба	<input type="checkbox"/> Ходьба

Будь ласка, позначте галочкою відповідь, яка найбільш відповідає Вашої здатності самостійно виконувати звичайні дії ЗА ОСТАННІ 7 ДНІВ:

ГІГІЄНА

Чи можете Ви:	Не викликає НІЯКИХ труднощів	Викликає ДЕЯКІ труднощі	Викликає ЗНАЧНІ труднощі	НЕ МОЖУ зробити
Помити та витерти своє тіло?				
Прийняти ванну?				
Сісти і встати з туалетного сидіння?				

ЗДАТНІСТЬ ДІСТАВАТИ ПРЕДМЕТИ

Чи можете Ви:	Не викликає НІЯКИХ труднощів	Викликає ДЕЯКІ труднощі	Викликає ЗНАЧНІ труднощі	НЕ МОЖУ зробити
Дотягнутися та взяти предмет вагою 2 кілограми (наприклад, пакет з цукром), який знаходиться ледве вище Вашої голови?				
Нахилитись, щоб підняти одяг з пола?				

ЗДАТНІСТЬ ДО СТИСКАННЯ

Чи можете Ви:	Не викликає НІЯКИХ труднощів	Викликає ДЕЯКІ труднощі	Викликає ЗНАЧНІ труднощі	НЕ МОЖУ зробити
Відкрити двері автомобілю?				
Відкривати банки, які були попередньо відкриті?				
Відкрити та закрити водопровідний кран?				

АКТИВНІСТЬ

Чи можете Ви:	Не викликає НІЯКИХ труднощів	Викликає ДЕЯКІ труднощі	Викликає ЗНАЧНІ труднощі	НЕ МОЖУ зробити
Виконувати доручення та робити покупки?				
Сісти в автомобіль та вийти з нього?				
Виконувати звичайну роботу по дому, таку як прибирання пирососом, або робота надворі?				

Будь ласка, позначте галочками будь-які ДОПОМІЖНІ ЗАСОБИ АБО ПРИСТРОЇ, які Ви зазвичай використовуєте для будь-якої з наведеної вище діяльності:

<input type="checkbox"/> Піднесене туалетне сидіння	<input type="checkbox"/> Перила для ванни
<input type="checkbox"/> Сидіння для ванни	<input type="checkbox"/> Пристрої з подовженими ручками для діставання предметів
<input type="checkbox"/> Відкривачка для банок (які були попередньо відкриті)	<input type="checkbox"/> Пристрої з подовженими ручками для прийняття ванни
<input type="checkbox"/> Інше- Вкажіть:	

Будь ласка, позначте галочками будь-які види діяльності, для яких Ви зазвичай потребуєте ДОПОМОГИ З БОКУ ІНШОЇ ЛЮДИНИ:

<input type="checkbox"/> Гігієна	<input type="checkbox"/> Здатність захоплювати та відкривати речі
<input type="checkbox"/> Здатність діставати предмети	<input type="checkbox"/> Доручення та звичайна робота по дому

Нас також цікавить, чи відчуваєте Ви біль через Вашу хворобу.

Наскільки сильний біль Ви відчували через Вашу хворобу ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ 7 ДНІВ:

Накресліть на лінії вертикальну (I) позначку в тому місці, яке відображає інтенсивність болю.

Немає болю

Сильні

Болі

0 _____ 100мм

Оцінка: від 0 до 1, як правило, вважаються легкими або помірними труднощами, від 1 до 2 — середньою або важкою інвалідністю, а від 2 до 3 — важкою або дуже важкою інвалідністю.

Вісім категорій, які оцінюються за індексом інвалідності: 1) одягання та догляд, 2) вставання, 3) прийом їжі, 4) ходьба, 5) гігієна, 6) досяжність, 7) здатність до стискання та 8) звичайна повсякденна діяльність.