

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 підлоктників?				
Лягти у ліжко та встати з нього?				

**ПРИЙОМ ЇЖИ**

Чи можете Ви:	Не викликає НІЯКИХ труднощів	Викликає ДЕЯКІ труднощі	Викликає ЗНАЧНІ труднощі	НЕ МОЖУ зробити
Розрізати м'ясну 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:

<ul style="list-style-type: none"><li>Палиця</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Пристрій, який використовується для вдягання (гачок для застібання гудзиків, шнурок для застібання змійки, різок з подовженою ручкою для взуття і тд.)</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Ходунок</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Спеціально прилаштований кухонний інвентар</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Костилі</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Спеціально прилаштоване крісло</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Інвалідне крісло</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>інше (Вкажіть: )</li></ul>

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

• Вдягання та зовнішній вигляд	• Прийом їжі
• Здатність вставати та сідати (або лягати) Ходьба	• 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 пилососом, або робота надворі?				

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

• Піднесене туалетне сидіння	• Перила для ванни
• Сидіння для ванни	• Пристрої з подовженими ручками для діставання предметів
• Відкривачка для банок (які були попередньо відкриті)	• Пристрої з подовженими ручками для прийняття ванни
• Інше- Вкажіть:	

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

• Гігієна	• Здатність захоплювати та відкривати речі
• Здатність діставати предмети	• 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.