**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 była Pani/był Pan w stanie: | Bez żadnejtrudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością  | Niezdolna/y do zrobienia |
| ubrać się samodzielnie, łącznie z wiązaniem sznurowadełi zapięciem guzików?   |  |  |  |  |
| umyć samodzielnie włosy? |  |  |  |  |

**WSTAWANIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy była Pani/był Pan w stanie: | Bez żadnejtrudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością  | Niezdolna/y do zrobienia |
| wstać z krzesła bez poręczy?  |  |  |  |  |
| położyć się do łóżka i wstać?  |  |  |  |  |

**JEDZENIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy była Pani/był Pan w stanie: | Bez żadnejtrudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością  | Niezdolna/y do zrobienia |
| pokroić mięso na talerzu? |  |  |  |  |
| podnieść pełną szklankę wody? |  |  |  |  |
| otworzyć nowy karton mleka? |  |  |  |  |

 **CHODZENIE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy była Pani/był Pan w stanie: | Bez żadnejtrudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością  | Niezdolna/y do zrobienia |
| chodzić po płaskim terenie na zewnątrz? |  |  |  |  |
| wejść po pięciu schodach? |  |  |  |  |

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

laska kulespecjalne krzesło  wózek inwalidzki  chodzik

  przyrządy używane do ubierania się (np. haczyk do zapinania guzików, inne)

specjalnie przystosowane przybory do gotowania lub jedzenia

  inne (proszę wymienić jakie?) ……………………………………………………………………………….

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

ubieranie się i dbanie o wygląd  wstawanie

 jedzenie  chodzenie

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

HIGIENA

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy była Pani/był Pan w stanie: | Bez żadnejtrudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością  | Niezdolna/y do zrobienia |
| umyć się i wytrzeć? |  |  |  |  |
| wykąpać się w wannie? |  |  |  |  |
| usiąść na sedesie i wstać? |  |  |  |  |

SIĘGANIE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy była/był Pani/Pan w stanie: | Bez żadnejtrudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością  | Niezdolna/y do zrobienia |
| sięgnąć po ok.2 kg przedmiot znajdujący się tuż nad głową i zdjąć go? |  |  |  |  |
| schylić się, aby podnieść odzież z podłogi? |  |  |  |  |

CHWYTANIE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy była Pani/był Pan w stanie: | Bez żadnejtrudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością  | Niezdolna/y do zrobienia |
| otworzyć drzwi w samochodzie? |  |  |  |  |
| otworzyć ponownie otwarty słoik? |  |  |  |  |
| odkręcić i zakręcić kran? |  |  |  |  |

CZYNNOŚCI

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Czy była Pani/był Pan w stanie: | Bez żadnejtrudności | Z pewną trudnością | Z dużą trudnością  | Niezdolna/y do zrobienia |
| załatwiać różne sprawy, robić zakupy? |  |  |  |  |
| wsiąść do samochodu? |  |  |  |  |
| wykonywać prace domowe (np.: odkurzanie, prace w ogrodzie?) |  |  |  |  |

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

 podwyższony sedes  poręcz przy wannie

 przybory z długą rączką w łazience (np. szczotka do ciała)  przybory z długą rączką do sięgania

 otwieracz do słoików (otwartych wcześniej)  krzesło do wanny

 inne (proszę wymienić) ……………………………………………………………………………………………………………..

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

 higiena  chwytanie i otwieranie czegoś

 sięganie po coś  załatwianie spraw i wykonywanie prac domowych

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ PIONOWA KRESKĄ TO MIEJSCE NA PONIŻSZEJ LINI, KTÓRE POKAZUJE NASILENIE BÓLU**

**SPOWODOWANEGO CHOROBĄ W MINIONYM TYGODNIU.**

0 100

BRAK BÓLU BARDZO SILNY BÓL

DZIĘKUJEMY PAŃSTWU ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY.