

AVALIAÇÃO DO

ESTADO DE SAÚDE

HAQ

Questionários de Avaliação

Avaliação do Estado de Saúde (HAQ)

Nome: _____

Data: ____/____/____

Nesta seção gostaríamos de saber como a doença afeta a sua capacidade de realizar suas atividades do dia-a-dia. Sinta-se à vontade para acrescentar qualquer comentário na parte de trás desta página.

Por favor marque com um X a resposta que melhor descreve sua capacidade em realizar as atividades do dia-a-dia **NA SEMANA QUE PASSOU**:

1	Vestir-se e arrumar-se Você foi capaz de:	NENHUMA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ DE FAZER
	Vestir-se inclusive amarrar o cadarço do sapato e abotoar a roupa?	0	1	2	3
	Lavar o cabelo?	0	1	2	3

2	Levantar-se Você foi capaz de:	NENHUMA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ DE FAZER
	Levantar-se de uma cadeira sem se apoiar?	0	1	2	3
	Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3

3

Comer
Você foi capaz de:

Cortar um pedaço de carne?

Levar uma xícara ou um copo cheio
até sua boca?

Abrir uma caixa de leite nova?

NENHUMA
DIFICULDADE

0

ALGUMA
DIFICULDADE

1

MUITA
DIFICULDADE

2

INCAPAZ
DE FAZER

3

4

Andar
Você foi capaz de:

Andar fora de casa em lugar plano?

Subir cinco degraus?

NENHUMA
DIFICULDADE

0

ALGUMA
DIFICULDADE

1

MUITA
DIFICULDADE

2

INCAPAZ
DE FAZER

3

5

Por favor, marque com um X os tipos de **APOIOS**
OU APARELHOS que você geralmente usa para
qualquer uma das atividades acima:

- Bengala
- Andador
- Muletas
- Cadeira de rodas
- Aparelhos usados para se vestir (abotoar, gancho para puxar o zíper, calçadeira comprida)
- Utensílios de cozinha especiais ou feitos sob medida
- Cadeiras especiais ou feitas sob medida
- Outro (Descreva): _____

6	Higiene Você foi capaz de:	NENHUMA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ DE FAZER
	Lavar e secar seu corpo?	0	1	2	3
	Tomar banho de banheiro/chuveiro?	0	1	2	3
	Sentar e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3

7	Alcançar objetos Você foi capaz de:	NENHUMA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ DE FAZER
	Alcançar e pegar um objeto de cerca de 2 quilos (por exemplo, um saco de batatas) colocado acima de sua cabeça?	0	1	2	3
	Curvar-se ou agachar-se para pegar roupas no chão?	0	1	2	3

8	Pegar Você foi capaz de:	NENHUMA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ DE FAZER
	Abrir as portas de um carro?	0	1	2	3
	Abrir potes que já tenham sido abertos?	0	1	2	3
	Abrir e fechar torneiras?	0	1	2	3

9

Atividades Você foi capaz de:

Ir ao banco e fazer compras?

NENHUMA DIFICULDADE	ALGUMA DIFICULDADE	MUITA DIFICULDADE	INCAPAZ DE FAZER
0	1	2	3

Entrar e sair de um carro?

0	1	2	3
---	---	---	---

Fazer tarefas de casa
(por exemplo, varrer e trabalhar no jardim)?

0	1	2	3
---	---	---	---

10

Por favor, marque com um X os tipos de **APOIOS**
OU APARELHOS que você geralmente usa para
qualquer uma das atividades abaixo:

- Vaso sanitário mais alto
- Banco para tomar banho
- Abridor de potes (para potes que já tenham sido abertos)
- Barra de apoio na banheira/chuveiro
- Aparelho com cabo longo para alcançar objetos
- Objetos com cabo longo para o banheiro
(por exemplo, uma escova para o corpo)
- Outro (Descreva): _____

11

Por favor, marque com um X as atividades para as quais você geralmente precisa da **AJUDA DE OUTRA PESSOA**:

- Higiene
 - Alcançar objetos
 - Pegar e abrir objetos
 - Tarefas de casa e compras
-



FIBRODOR
by dorcronica.blog.br