

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE PARA NIÑOS (CHAQ)

CHILDHOOD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (CHAQ)

En esta sección estamos interesados en saber cómo la enfermedad de su hijo/a afecta a su capacidad funcional en la vida diaria. Por favor, siéntase libre de añadir cualquier comentario en el reverso de esta página. En las siguientes preguntas, marque la respuesta que mejor describa las actividades habituales de su hijo/a (promedio durante un día entero) **EN LA SEMANA PASADA. SÓLO TENGA EN CUENTA LAS DIFICULTADES O LIMITACIONES QUE SE DEBEN A LA ENFERMEDAD.** Si no se espera que la mayoría de los niños a la edad de su hijo/a realice una actividad determinada, marque "No aplicable". Por ejemplo, si su hijo/a tiene dificultad en hacer cierta actividad o no puede hacerlo porque es demasiado joven, pero **NO** porque está **LIMITADO POR LA ENFERMEDAD**, marque "No es aplicable".

Por favor, señale la respuesta que mejor describe sus habilidades habituales en la semana pasada:

Durante la última semana, ¿ha sido su hijo/a capaz de..	Sin dificultad 0	Con alguna dificultad 1	Con mucha dificultad 2	Incapaz de hacerlo 3	No aplicable
---	------------------	-------------------------	------------------------	----------------------	--------------

VESTIRSE Y ASEARSE

-vestirse sólo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-cortarse las uñas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-quitarse los calcetines?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LEVANTARSE

-levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

COMER

-cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

-servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

CAMINAR

-caminar fuera de casa por terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Por favor, señale si su hijo utiliza alguno de estos utensilios habitualmente para cualquiera las estas actividades anteriores:

Bastón

Dispositivos utilizados para vestirse (gancho de botón, tirador de cremallera, calzador, etc.)

- Andador

 Utensilios especiales
 Muletas

 Sillas o utensilios especiales para caminar
 Silla de ruedas

 Otros (especificar: _____)

Por favor, señale cualquier categoría para la que su hijo habitualmente necesita AYUDA DE OTRA PERSONA debido a la enfermedad:

- Vestirse y asearse

 Comer
 Levantarse

 Caminar

Durante la última semana, ¿ha sido su hijo capaz de ...

	Sin dificultad 0	Con alguna dificultad 1	Con mucha dificultad 2	Incapaz de hacerlo 3	No aplicable
--	------------------	-------------------------	------------------------	----------------------	--------------

HIGIENE

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -lavarse y secarse todo el cuerpo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -bañarse (entrar y salir de la bañera)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -sentarse y levantarse del retrete o del orinal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - cepillarse los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - peinarse/cepillarse el pelo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALCANZAR

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - coger un objeto pesado como un gran juego o un libro colocado en una estantería por encima de su cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - agacharse y recoger ropa del suelo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ponerse un suéter por la cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - girar el cuello para mirar hacia atrás por encima del hombro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRENSIÓN

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - escribir o garabatear con bolígrafo o lápiz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - abrir la puerta de un coche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - abrir y cerrar los grifos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - abrir una puerta girando el pomo de la puerta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OTRAS ACTIVIDADES

- | | | | | | |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - hacer los recados y las compras? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - entrar y salir de un coche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- hacer tareas como pasar la aspiradora o trabajar en el jardín?
- montar en bicicleta o triciclo?
- hacer las tareas domésticas (por ejemplo, lavar los platos, sacar la basura, aspirar, hacer la cama, limpiar la habitación)?

Por favor, señale si su hijo utiliza alguno de estos utensilios habitualmente para cualquiera de estas actividades anteriores:

- Asiento alto para el retrete Barra especial para la bañera
- Asiento especial para el baño Aparato de mango largo para alcanzar
- Abridor (para tarros previamente abiertos) Aparato de mango largo en el baño
- Otros (especificar _____)

Por favor, señale cualquier categoría para la que su hijo habitualmente necesita AYUDA DE OTRA PERSONA debido a la enfermedad:

- Higiene Abrir y cerrar cosas (presión)
- Alcanzar Recados y tareas

También estamos interesados en saber si su hijo/a tiene dolor o no debido a su enfermedad.

¿Cuánto dolor cree que su hijo/a ha tenido debido a su enfermedad en la ÚLTIMA SEMANA?:

COLOCAR UNA MARCA VERTICAL EN LA LÍNEA PARA INDICAR LA GRAVEDAD DEL DOLOR

SIN DOLOR

DOLOR MÁXIMO

0

100

Teniendo en cuenta todas las formas en que la miositis afecta a su hijo/a, califique cómo es el estado de salud de su hijo/a en la siguiente escala colocando una marca en la línea.

MUY BUENO

MUY MALO

0

100