

Cuestionario HAQ

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE SALUD

Con este cuestionario pretendemos saber de qué manera su enfermedad lo afecta para realizar ciertas actividades de la vida diaria.

MARQUE LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU CAPACIDAD PARA HACER LAS COSAS DURANTE LA SEMANA PASADA.

	Sin dificultad	Con algo de dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
Puede usted:				
Vestirse y arreglarse:				
Vestirse solo(a), incluyendo atarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?				
Lavarse el cabello?				
Levantarse				
Puede usted:				
Levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos?				
Entrar y salir de la cama?				
Comer				
Puede usted:				
Cortar la carne?				
Levantar la taza o un vaso llenos para llevárselos a la boca?				
Abrir un cartón de leche?				
Caminar				
Puede usted:				
Caminar fuera de su casa, sobre un terreno plano?				
Subir 5 escalones?				

POR FAVOR MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMÚNMENTE USA PARA ALGUNA DE ESTAS ACTIVIDADES (Vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar) Si no precisa ninguno simplemente NO marque nada.

Bastón	Andador	Muletas
Cubiertos especiales o adaptados	Silla de ruedas	Silla adaptada
Elementos que use para vestirse (abrochador de botones toma para cierres, calzador largo de zapatos)		

POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ, EN QUE ACTIVIDADES NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA (Si no precisa ninguno simplemente NO marque nada)

Higiene:

Alcanzar objetos:

Agarrar y abrir cosas:

Mandados y tareas domésticas:

	Sin dificultad	Con algo de dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
Puede usted:				
Higiene				
Lavarse y secarse su cuerpo?				
Bañarse en la bañera?				
Sentarse y levantarse del inodoro?				
Alcanzar				
Puede usted:				
Alcanzar y bajar un objeto de 2 kg.				
Agacharse para levantar ropa del piso?				
Agarrar				
Puede usted:				
Abrir las puertas de un auto?				
Abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos previamente?				
Abrir y cerrar canillas?				

	Sin dificultad	Con algo de dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
Puede usted:				
Actividades				
Hacer mandados o ir de compras?				
Entrar y salir de un auto?				
Hacer tareas domésticas, como pasar la aspiradora, barrer, o limpiar el patio?				

MARQUE LOS APARATOS O DISPOSITIVOS QUE COMUNMENTE USA PARA REALIZAR ESTAS ACTIVIDADES (Higiene, Alcanzar, Agarrar (abrir objetos), Hacer tareas domésticas), Si no utiliza ninguno, simplemente no marque nada.

Asiento elevado de inodoro	Asiento en bañera
Adaptaciones con mango largo para alcanzar objetos	Abridor de frascos
Adaptaciones con mango largo en el baño	Barra en bañera
Otros (aclarar)	

Fecha: / /

.....
Firma y Sello de Médico Especialista

PLANILLA PARA EVALUAR PERSONAS CON ARTRITIS REUMATOIDEA

Deberá ser completada por el médico especialista en Reumatología con letra clara y en forma completa. El mismo tiene carácter de declaración jurada.

La Junta Evaluadora podrá pedir información ampliatoria al Médico que evaluó a la persona.

Apellido y Nombre	
DNI	

EDAD	
AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA AR	
RESULTADOS DE LÁTEX Y Anti CCP	
CLASE FUNCIONAL	
CLASE RADIOLÓGICA	
HAQ (adjuntar cuestionario)	
DAS 28 (especificar NAD, NAI, ERS, Vas global de la persona)	
TRATAMIENTO ACTUAL por AR (especificar drogas recibidas, dosis y tiempo de tratamiento)	
OBRA SOCIAL	
MOTIVO DE SOLICITUD DEL CERTIFICADO	

FECHA:/...../.....

..... Firma y sello del médico actuante.
