

Nederlandse Consensus Health Assessment Questionnaire

Naam _____ Datum _____

Wij zijn geïnteresseerd in hoe uw ziekte van invloed is op uw functioneren in het dagelijks leven. U kunt eventueel commentaar toevoegen op de achterzijde van dit papier.

☒ Kruis het antwoord aan dat het best beschrijft wat u meestal kon doen IN DE AFGELOPEN WEEK.

| | Zonder ENIGE moeite ⁰ | Met ENIGE moeite ¹ | Met VEEL moeite ² | ONMOGELIJK uit te voeren ³ | Niet invullen hoogste score |
|---|---|--|--------------------------------|---|--------------------------------|
| AANKLEDEN & VERZORGING | | | | | |
| Kunt u: – Uzelf aankleden, inclusief veters strikken en knopen dichtmaken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| – Uw haar wassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| OPSTAAN | | | | | |
| Kunt u: – Opstaan vanuit een rechte stoel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| – In en uit bed komen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ETEN | | | | | |
| Kunt u: – Vlees snijden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| – Een vol kopje of glas naar de mond brengen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| – Een nieuw pak melk openen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| LOPEN | | | | | |
| Kunt u: – Buitenshuis op vlak terrein wandelen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| – Vijf traptreden oplopen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ☒ Kruis aan welke HULPMIDDELEN u gewoonlijk gebruikt voor bovenstaande activiteiten: | | | | | subtotaal |
| <input type="checkbox"/> Wandelstok | <input type="checkbox"/> Rolstoel | <input type="checkbox"/> Aangepast bestek | | <input type="checkbox"/> Speciale of aangepaste stoel | hulp |
| <input type="checkbox"/> Rollator/Looprekje | <input type="checkbox"/> Hulpmiddelen, gebruikt bij het aankleden (knopenhaakje, kousenaantrekker, schoenlepel met lange steel, etc.) | <input type="checkbox"/> Overig (Specificeer): _____ | | | A/V <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Krukken | | | | | Op <input type="text"/> |
| ☒ Kruis elke categorie aan waarvoor u gewoonlijk HULP VAN ANDEREN nodig heeft: | | | | | Et <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Aankleden/Verzorging | <input type="checkbox"/> Opstaan | <input type="checkbox"/> Eten | <input type="checkbox"/> Lopen | | Lo <input type="text"/> |

Ga door op de achterkant

☒ Kruis het antwoord aan dat het best beschrijft wat u meestal kon doen IN DE AFGELOPEN WEEK.

HYGIËNE

- Kunt u: – Zelf Uw lichaam wassen en afdrogen?
 – In en uit bad komen?
 – Op en van het toilet komen?

| | Zonder ENIGE moeite ⁰ | Met ENIGE moeite ¹ | Met VEEL moeite ² | OMMOGELIJK uit te voeren ³ |
|--------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

REIKEN

- Kunt u: – Iets van ongeveer 2½ kg (bijv. een zak aardappelen of rijst) van net boven uw hoofd pakken?
 – Voorover buigen om kleren van de vloer op te rapen?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

GRIJPKRACHT

- Kunt u: – Auto-portieren openen?
 – Dekfels van potjes die al eens geopend zijn, losdraaien?
 – Een kraan open- en dichtdraaien?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ACTIVITEITEN

- Kunt u: – Boodschappen doen en winkelen?
 – In en uit een auto komen?
 – Klusjes doen, zoals stofzuigen of in de tuin werken?

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

☒ Kruis aan welke HULPMIDDELEN u gewoonlijk gebruikt voor bovenstaande activiteiten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Verhoogd toilet | <input type="checkbox"/> Beugels of steunen in badkuip of douche |
| <input type="checkbox"/> Douchestoel, douchezitje, badplank | <input type="checkbox"/> Hulpmiddelen met lange steel (om ergens bij te kunnen) |
| <input type="checkbox"/> Opener voor potten (als de pot al eens geopend is) | <input type="checkbox"/> Hulpmiddelen met lange steel in de badkamer |
| | <input type="checkbox"/> Overig (Specificeer): _____ |

☒ Kruis elke categorie aan waarvoor u gewoonlijk HULP VAN ANDEREN nodig heeft:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Wassen en toiletbezoek | <input type="checkbox"/> Voorwerpen pakken en openen |
| <input type="checkbox"/> Naar voorwerpen reiken | <input type="checkbox"/> Boodschappen doen en klussen |

Ruimte voor opmerkingen

transport p.1

Niet invullen

hoogste score

totaal delen door

ingevulde categorieën =

HAQ-DI

hulp Hy

Re

Gr

Ac