# CUESTIONARIO PARA EVALUAR SALUD EN LA INFANCIA

**(CHAQ)**

 En esta sección estamos interesados en conocer en que medida la enfermedad de su hijo/a interfiere con las actividades de la vida diaria. Por favor agregue cualquier comentario que considere oportuno en el reverso de la hoja. En cada pregunta encontrara cinco respuestas, elija la que mejor se ajuste al modo en que su hijo/a desarrolla usualmente esas actividades considerando **UN DÍA ENTERO DENTRO DE LA ÚLTIMA SEMANA** antes de completar el cuestionario. Si la mayoría de los niños de la edad del suyo no puden realizar habitualmente la actividad en cuestión, por favor escriba en el espacio: No Aplicable. Como ejemplo, si sus hijo/a tiene 1 año de edad, en la pregunta: puede subir los escalones?, usted responderá No Aplicable, porque ningún niño de esa edad, don o sin artritis reumatoidea juvenil lo puede hacer.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sin ningunadificultad | Con alguna dificultad | Con mucha dificultad | Imposible derealizar | No aplicable |
| **VESTIRSE Y ASEARSE** |
| Es su hijo/a capaz de:Vestirse solo, incluyendo atarse los cordones de los zapatos y abrocharse los cordones? |  |  |  |  |  |
| Enjabonarse la cabeza? |  |  |  |  |  |
| Sacarse las medias ? |  |  |  |  |  |
| Cortarse las uñas ? |  |  |  |  |  |
| **LEVANTARSE** |
| Ponerse de pie desde una silla baja o desde el suelo? |  |  |  |  |  |
| Subirse y bajarse de la Cama o parase en la cuna? |  |  |  |  |  |
| **COMER** |
| Cortar un trozo de carne con cuchillo? |  |  |  |  |  |
| Llevarse un vaso o taza de agua a la boca? |  |  |  |  |  |
| Abrir una caja nueva de Cereales? |  |  |  |  |  |
| **CAMINAR:** |
| Caminar fuera de casa, sobre un terreno plano? |  |  |  |  |  |
| Subir cinco escalones? |  |  |  |  |  |

Por favor consigne cualquier tipo de ayuda o elemento que su hijo/a generalmente usa para hacer cualquiera de las actividades mencionadas más arriba:

 bastón elementos de ayuda para vestirse

 andador utensilios especiales para comer o escribir

 muletas silla especial o adaptada

 silla de ruedas otros (especifiquen)

Por favor consigne si su hijo/a debido a la enfermedad necesita ayuda de otra persona al realizar estas actividades:

 VESTIRSE O ASEARSE COMER

 MOV. DE ELEVACIÓN CAMINAR

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Sin ningunadificultad | Con alguna dificultad | Con mucha dificultad | Imposible derealizar | No aplicable |
| **HIGIENE:** |
| Lavarse y secarse todo el cuerpo? |  |  |  |  |  |
| Entrar y salir de la bañera? |  |  |  |  |  |
| Sentarse y levantarse del inodoro? |  |  |  |  |  |
| Cepillarse los Dientes? |  |  |  |  |  |
| Peinarse o cepillarse el pelo? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **DESTREZA** |
| Tomar y bajar de una estantería, situada justo por encima de su cabeza un objeto pesado como un libro o un juguete? |  |  |  |  |  |
| Agacharse para recoger un papel del suelo? |  |  |  |  |  |
| Ponerse un sweter o remera mangas largas? |  |  |  |  |  |
| Girar la cabeza y mirar hacia atrás por encima del hombro? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **PRENSION** |
| Escribir o hacer garabatos con un lapiz? |  |  |  |  |  |
| Abrir la puerta de un coche? |  |  |  |  |  |
| Abrir un tarro abierto previamente? |  |  |  |  |  |
| Abrir y cerrar una canilla? |  |  |  |  |  |
| Abrir frascos que ya han sido abiertos?  |  |  |  |  |  |
| Abrir una puerta girando el picaporte? |  |  |  |  |  |
| **ACTIVIDADES** |
| Hacer mandados o ir de compras? |  |  |  |  |  |
| Entrar y salir de un auto o micro escolar o un auto de juguete?  |  |  |  |  |  |
| Andar en bicicleta o triciclo? |  |  |  |  |  |
| Ayudar con las tareas dela casa (lavar platos- hacer la cama limpiar su dormitorio arreglar el jardín)? |  |  |  |  |  |
| Correr y jugar? |  |  |  |  |  |

Por favor consigne cualquier elemento de ayuda que su hijo/a utilice para realizar cualquiera de las siguientes actividades:

 inodoro adaptado barra de hiero en la bañera

 asiento para la bañera manijas largas para fácil alcance

 abridor de frascos manijas largas en el baño

Por favor consigne si su hijo/a necesita ayuda de otra persona a causa de su enfermedad para realizar las siguientes actividades:

 higiene prensión y apertura de diferentes cosas

 alcance mandados y tareas

También estamos interesados en conocer en que medida su hijo/a se vio afectado por dolor, siempre referido a la enfermedad.

Cuanto dolor piensa usted que su hijo/a ha tenido en la ÚLTIMA SEMANA.

Coloque por favor una marca en la linea que figura debajo de este párrafo para indicar la severidad del dolor que tuvo su hijo/a.

ESCALA ANALOGA VISUAL DE DOLOR

0 100

ESCALA ANALOGA VISUAL DE ESTADO GENERAL

1. 100

ESCALA ANALOGA VISUAL DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

1. 100

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rigidez Matinal | Artic. inflamadas | Artic.dolorosas | Steimbrocker | CAPFUN | Eritrosedimentacion | FAN | Anti DNA |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Signos Sistemicos |
| Serositis | Fiebre | Rash | Hepatomegalia | Esplenomegalia | Adenopatias |
|  |  |  |  |  |  |