

FORMULARIO DE INCORPORACIÓN AL PROGRAMA INTEGRAL DE ARTRITIS REUMATOIDEA INFANTIL

Evaluación de salud (CHAQ)

Con este cuestionario se desea conocer en que medida la enfermedad de su hijo interfiere con las actividades de la vida diaria.

Marque la respuesta que mejor describa el **grado de dificultad que experimentó** para hacer las cosas **durante la semana pasada**.

Si la mayoría de los niños de la edad del suyo no pueden realizar habitualmente la actividad en cuestión, por ejemplo: si su hijo/a tiene un año de edad, en la pregunta "¿puede subir 5 escalones?" usted responderá "No aplicable", porque ningún niño/a de esa edad, con o sin artritis idiopática juvenil lo puede hacer.

Fecha: ____/____/____/	CHAQ	Normal	I - Leve	II - Moderada	III - Severa	Ninguna dificultad	Alguna dificultad	Mucha dificultad	No puedo hacerlo	No Aplica
Levantarse										
¿Su hijo/a puede levantarse de una silla baja o desde el suelo?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede subirse, bajarse de la cama, o pararse sobre ella?						▶	☐	☐	☐	☐
Higiene										
¿Su hijo/a puede lavarse y secarse todo el cuerpo?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede entrar y salir de la bañera?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede sentarse y levantarse del inodoro?						▶	☐	☐	☐	☐
Vestirse y Arreglarse										
¿Su hijo/a puede vestirse solo/a, incluyendo atarse los cordones de los zapatos, abotonarse y desabotonarse la ropa?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede lavarse el cabello?						▶	☐	☐	☐	☐
Caminar										
¿Su hijo/a puede caminar fuera de su casa sobre un terreno plano?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede subir 5 escalones?						▶	☐	☐	☐	☐
Comer										
¿Su hijo/a puede cortar la carne?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede levantar una taza o un vaso lleno para llevárselo a la boca?						▶	☐	☐	☐	☐
Alcanzar										
¿Su hijo/a puede alcanzar y bajar un libro o un juguete desde una altura por encima de su cabeza?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede agacharse para levantar ropa u hojas de papel del piso?						▶	☐	☐	☐	☐
Agarrar										
¿Su hijo/a puede abrir las puertas de un auto?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede abrir frascos, no por primera vez, sino que ya hayan sido abiertos previamente?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede abrir y cerrar canillas?						▶	☐	☐	☐	☐
Actividades										
¿Su hijo/a puede hacer mandados o ir de compras?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede entrar y salir de un auto escolar?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede hacer tareas domésticas, como lavar los platos, hacer la cama, limpiar su dormitorio o arreglar el jardín?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede andar en bicicleta o triciclo?						▶	☐	☐	☐	☐
¿Su hijo/a puede correr y jugar?						▶	☐	☐	☐	☐

Firma y sello del profesional