

1

ENCUESTA PARA LA EVALUACION DE LA SALUD INFANTIL

CHILDHOOD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (CHAQ)

2 Hemos confeccionado este cuestionario para tener un mejor conocimiento del modo en que la enfermedad que padece su hijo/a le afecta en su vida diaria. Escoja la respuesta a cada pregunta que describa el grado de dificultad que tuvo su hijo/a **DURANTE LA SEMANA PASADA**. Indique tan solo las dificultades o limitaciones **DEBIDAS A SU ENFERMEDAD** (por ejemplo, si su hijo/a no puede o le cuesta realizar cierta actividad por ser muy pequeño y no por su enfermedad, marque NO PROCEDE). Puede añadir al final los comentarios que desee.

3

	Sin NINGUNA dificultad	Con ALGUNA dificultad	Con MUCHA dificultad	INCAPAZ de realizar	NO PROCEDE
--	------------------------------	-----------------------------	----------------------------	------------------------	---------------

4 **VESTIRSE Y ASEARSE***

5 ¿Su hijo/a es capaz de?:

6 ¿Vestirse, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?

7 ¿Enjabonarse el pelo?

8 ¿Quitarse los calcetines?

9 ¿Cortarse las uñas?

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

10 **LEVANTARSE****

11 ¿Su hijo/a es capaz de?:

12 ¿Levantarse de una silla baja o del suelo?

13 ¿Acostarse y levantarse de la cama o ponerse de pie en la cuna?

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

14 **COMER*****

15 ¿Su hijo/a es capaz de?:

16 ¿Cortar la carne con el cuchillo?

17 ¿Llevarse una taza o un vaso a la boca?

18 ¿Abrir una caja de cereales nueva?

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

19 **CAMINAR******

20 ¿Su hijo/a es capaz de?:

21 ¿Caminar al aire libre en terreno llano?

22 ¿Subir cinco escalones?

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

23 Señale qué ayudas o aparatos utiliza habitualmente su hijo para realizar estas actividades

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| 24 Bastón de puño**** | <input type="checkbox"/> | Ayudas técnicas para vestirse(gancho para botones, tirador de cremallera, calzador de mango largo, etc.)* | <input type="checkbox"/> |
| 25 Andador**** | <input type="checkbox"/> | Adaptaciones para o cubiertos o lápices*** | <input type="checkbox"/> |
| 26 Muletas**** | <input type="checkbox"/> | Silla adaptada**** | <input type="checkbox"/> |
| 27 Silla de ruedas**** | <input type="checkbox"/> | Otros (especificar: _____) | <input type="checkbox"/> |

28 Señale para qué actividades necesita su hijo ayuda de otra persona A CAUSA DE SU ENFERMEDAD

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| 29 Vestirse y asearse* | <input type="checkbox"/> | Comer*** | <input type="checkbox"/> |
| 30 Levantarse** | <input type="checkbox"/> | Caminar**** | <input type="checkbox"/> |

ENCUESTA PARA LA EVALUACION DE LA SALUD INFANTIL

CHILDHOOD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (CHAQ)

		Sin NINGUNA dificultad	Con ALGUNA dificultad	Con MUCHA dificultad	INCAPAZ de realizar	NO PROCEDE
31						
32	HIGIENE PERSONAL ♣					
33	¿Su hijo/a es capaz de?:					
34	¿Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	¿Entrar y salir de la bañera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	¿Sentarse y levantarse del váter u orinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	¿Cepillarse los dientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	¿Peinarse o cepillarse el pelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	DESTREZA ♦					
40	¿Su hijo/a es capaz de?:					
41	¿Coger y bajar de una estantería, situada justo por encima de la cabeza, un objeto pesado como un libro o una caja de juegos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	¿Agacharse para recoger un papel del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	¿Ponerse un jersey por la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	¿Girar la cabeza y mirar hacia atrás por encima del hombro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	PRENSIÓN ♣					
46	¿Su hijo/a es capaz de?:					
47	¿Escribir o hacer garabatos con un lápiz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	¿Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	¿Abrir un tarro abierto previamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	¿Abrir y cerrar un grifo (no monomando)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	¿Girar el pomo de una puerta y empujarla para abrirla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	ACTIVIDADES ♥					
53	¿Su hijo/a es capaz de?:					
54	¿Hacer recados o compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	¿Subir y bajar de un coche, de un coche de juguete o de un autobús?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	¿Montar en bicicleta o en triciclo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	¿Hacer tareas domésticas como lavar los platos, sacar la basura, hacerse la cama o limpiar su habitación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	¿Correr y jugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Señale qué ayudas o aparatos utiliza habitualmente su hijo para realizar estas actividades					
60	Adaptación para elevar la taza del váter ♣	<input type="checkbox"/>	Barra en la bañera ♣			<input type="checkbox"/>
61	Asiento en la bañera ♣	<input type="checkbox"/>	Ayudas técnicas de mango largo para alcanzar objetos del suelo ♦			<input type="checkbox"/>
62	Abridor de botes de cristal ♣	<input type="checkbox"/>	Ayudas técnicas de mango largo para alcanzar objetos del baño ♣			<input type="checkbox"/>
63	Señale par qué actividades necesita su hijo ayuda de otra persona A CAUSA DE SU ENFERMEDAD					
64	Higiene personal ♣	<input type="checkbox"/>	Agarrar y abrir cosas ♣		<input type="checkbox"/>	
65	Coger cosas ♦	<input type="checkbox"/>	Recados y tareas domésticas ♥		<input type="checkbox"/>	

ENCUESTA PARA LA EVALUACION DE LA SALUD INFANTIL

CHILDHOOD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (CHAQ)

- 66** Estamos interesados en conocer el grado de dolor que tiene su hijo a causa de la enfermedad que padece.
En la siguiente línea horizontal **graduada de 0 (SIN DOLOR) a 100 (DOLOR MUY INTENSO)**, señale con un cruz el grado de dolor que usted piensa que ha tenido su hijo/a **A CAUSA DE SU ENFERMEDAD DURANTE LA SEMANA PASADA.**
- 67** Ningún dolor 0 _____ 100 Dolor muy intenso
- 68** Considerando todos los aspectos en que la enfermedad afecta a su hijo/a, valore cómo se desenvuelve en su vida diaria.
Señálelo con una cruz en la siguiente línea horizontal, **graduada de 0 (SE DESENVUELVE MUY BIEN) a 100 (SE DESENVUELVE MUY MAL).**
- 69** Muy bien 0 _____ 100 Muy mal