

Childhood Health Assessment Questionnaire Universitair Medisch Centrum Groningen

INSTRUCTIE

Wij willen met deze vragenlijst erachter komen hoeveel last/beperkingen je ervaart bij de dagelijkse taken als gevolg van de aandoening. Op elke vraag zijn maar 5 antwoorden mogelijk, kies het antwoord dat het best beschrijft hoeveel moeite iets kost. Bij het antwoorden gaat het om een **gemiddelde** indruk over de **laatste** week. (antwoord alleen als iets moeite kost vanwege de ziekteverschijnselen /aandoening). Als je nog informatie toe wilt voegen bij een vraag doe dit dan aan de achterzijde van dit formulier.

A ADMINISTRATIEF

A01 Voornaam

A02 Achternaam

A03 Geboorte datum

A04 Patiëntnummer

A05 Invul datum

A06 Geslacht
 1 jongen
 2 meisje

B AANKLEDEN

Kan je:	zonder moeite 1	met enige moeite 2	met veel moeite 3	niet mogelijk 4	niet van toepassing 5
B01 Jezelf aan/uitkleden (incl. kleding, knopen, schoenveters vastmaken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B02 Je haren wassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B03 Je sokken uittrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B04 Je vingernagels knippen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C OPSTAAN

Kan je:	zonder moeite 1	met enige moeite 2	met veel moeite 3	niet mogelijk 4	niet van toepassing 5
C01 Opstaan vanuit een lage stoel of vanaf de vloer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C02 in en uit bed komen/in ledikantje gaan staan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D ETEN

Kan je:	zonder moeite 1	met enige moeite 2	met veel moeite 3	niet mogelijk 4	niet van toepassing 5
D01 Je vlees snijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D02 Een beker of glas optillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D03 Een nieuw pak melk openen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E LOPEN

zonder moeite met enige met veel niet mogelijk niet van

Kan je:	1	moeite 2	moeite 3	4	toepassing 5
E01 Buiten lopen op een vlakke bodem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E02 vijf treden beklimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F **HULPMIDDELEN**

Kruis de hulpmiddelen aan die je gewoonlijk bij de bovenstaande activiteiten gebruikt	ja 1	nee 2
F01 Wandelstok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F02 Looprek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F03 Krukken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F04 Rolstoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F05 Hulpmiddelen bij het aan en uitkleden (knoophaak, rits-sluiting, ring, schoenlepel, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F06 Aangepaste pen, aangepast bestek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F07 Speciale of verhoogde stoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G **HULP**

Kruis de categorieën aan waarvoor je hulp nodig hebt van een andere persoon vanwege de aandoening.	ja 1	nee 2
G01 Aankleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G02 Opstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G03 Eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G04 Lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H HYGIËNE

Kan je:	zonder moeite 1	met enige moeite 2	met veel moeite 3	niet mogelijk 4	niet van toepassing 5
H01 Je hele lichaam wassen en drogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H02 Een bad nemen (in/uit bad komen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H03 Op/van de WC of po gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H04 Tandenvoetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H05 Je haren kammen en borstelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I REIKEN

Kan je:	zonder moeite 1	met enige moeite 2	met veel moeite 3	niet mogelijk 4	niet van toepassing 5
I01 reiken naar/pakken van een zwaar voorwerp, zoals een groot spel of boeken, op een hoogte net boven het hoofd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I02 bukken om kleren of een stuk papier van de vloer te rapen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I03 een trui over het hoofd aantrekken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I04 Over je schouder achterom kijken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J GREEP

Kan je:	zonder moeite 1	met enige moeite 2	met veel moeite 3	niet mogelijk 4	niet van toepassing 5
J01 schrijven/krabbelen met een pen of potlood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J02 autodeuren openen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J03 potten openen die al eerder geopend zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J04 kraan open en dicht draaien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kan je:	zonder moeite 1	met enige moeite 2	met veel moeite 3	niet mogelijk 4	niet van toepassing 5
J05 met een draaiknop/sleutel een deur openen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K ACTIVITEITEN

Kan je:	zonder moeite 1	met enige moeite 2	met veel moeite 3	niet mogelijk 4	niet van toepassing 5
K01 Boodschappen doen en winkelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K02 in/uit een auto of bus stappen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K03 fietsen op een fiets of een driewieler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K04 huishoudelijke karweitjes doen (b.v. afwassen, vuilnis buiten zetten, stofzuigen, tuinieren, bed opmaken, kamer opruimen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K05 Rennen en spelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K06 meedoen met gymnastiek op school	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L HULPMIDDELEN

Kruis de hulpmiddelen aan die je gewoonlijk bij bovenstaande activiteiten gebruikt:	ja 1	nee 2
L01 verhoogde WC zitting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L02 badzitje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L03 potdeksel opener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L04 handgreep naast het bad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L05 langstelige hulpmiddelen in de badkamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L06 langstelige hulpmiddelen bij het reiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M HULP

		ja	nee
	Kruis de categorieën aan waarvoor je hulp nodig hebt van een andere persoon vanwege de aandoening	1	2
M01	hygiëne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M02	reiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M03	greep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M04	activiteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N PIJNSCHAAL

Zet een verticale streep door de lijn om de ernst van de pijn aan te duiden

Geen pijn |-----| veel pijn

AA aantal centimeters . (in te vullen door onderzoeker!)

O ERNST VAN DE ZIEKTE

Zet een verticale streep door de lijn om de invloed aan te duiden die de klachten hebben op het doen en laten van jou/uw kind

Heel goed |-----| heel slecht

AA aantal centimeters . (in te vullen door onderzoeker!)