

Kryssa för i den ruta som motsvarar ditt tillstånd under den gångna veckan.

Kan ni	Utan Svårigheter	Med smärre svårigheter	Med stora svårigheter	Med hjälp av hjälpmedel	Med hjälp av en annan person	Förmår ej	Läkaren fyller (HAQ-värde)
- tvätta håret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- klä er (också handskas med knappar, dragkedjor, skosnören?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- stiga upp från en vanlig stol utan att hjälpa till med händerna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- gå till sängs och stiga upp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- skära kött vid måltiderna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- laga mat själv?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- lyfta ett fullt glas till munnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- gå nedför fem trappsteg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- promenera utomhus på slät mark?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- använda badkar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- sätta er på wc och stiga upp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- tvätta och torka hela kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- ta en 2 kg:s mjölpåse från en hylla över huvudhöjd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- böja er och ta tex. ett klädesplagg från golvet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- öppna en bildörr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- öppna en burk med skruvlock som redan är öppnad en gång?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- öppna och stänga en vattenkran?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- dammsuga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- göra uppköp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- stiga in och ut ur en personbil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HAQ-medeltal: 1/0,13 2/0,25 3/0,38 4/0,5 5/0,63 7/0,88 8/1,0 9/1,13 10/1,25 11/1,38 12/1,5 13/1,63 14/1,74 15/1,88 16/2,0 17/2,13 18/2,25 19/2,38 20/2,5 21/2,63 22/2,75 23/2,88 24/3,0

HAQ-medeltal

1) Har du under det senaste halvåret på grund av din ledsjukdom:

a) deltagit i yrkesinriktad rehabilitering? Ja Nej

Om ja, hur många dagar? _____ dagar

b) deltagit i annan rehabilitering? Ja Nej

Om ja, hur många dagar? _____ dagar

c) gått på fysioterapi? Ja Nej

Om ja, hur många gånger? _____ gånger

2) Använder du på grund av din ledsjukdom något hjälpmedel vid utförandet av dina dagliga aktiviteter? Ja Nej

3) Behöver du någon annan persons hjälp vid utförandet av dina dagliga aktiviteter? Ja Nej

4) Har du ledprotes (dvs. konstgjord led)? Ja Nej

Om ja, hur många ledproteser har du allt som allt? _____ ledproteser

Här kan du skriva eventuella andra kommentarer gällande ditt hälsotillstånd, din medicinering etc.
