

PÄIVÄMÄÄRÄ:      POTILAAN NIMI: 

HUS KYS OYS RSS TAYS TYKS

TUTKIJA: 

## Child Health Assessment Questionnaire (CHAQ)

### LAPSUUSAJAN TERVEYDENTILAN ARVIOINTI-KYSELY

Tällä kyselyllä haluamme selvittää, kuinka lapsesi sairaus vaikuttaa hänen toimintaansa jokapäiväisessä elämässä. Voit mielellään lisätä huomautuksiasi tämän sivun kääntöpuolelle. Merkitse seuraavien kysymysten kohdalla rastilla se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa lapsesi tavallisia toimia VIIMEKSI KULUNEEN VIIKON AIKANA (keskimääräisesti yhden päivän aikana). **MERKITSE VAIN NE VAIKEUDET JA RAJOITUKSET, JOTKA JOHTUVAT SAIRAUDESTA.** Jos suurin osa lapsesi ikätovereista ei oletettavasti hallitse kyseistä toimintaa, valitse ” ei sovellu”. Toisin sanoen, jos jokin toiminta on lapsellesi vaikea tai mahdoton siksi, että hän on liian nuori mutta ei siksi, että SAIRAUDESSA RAJOITAA HÄNEN TOIMINTAANSA, merkitse rasti kohtaan ” ei sovellu”.

	Ilman MITÄÄN vaikeuksia (0)	JONKIN VERRAN vaikeuksia (1)	PALJON vaikeuksia (2)	Ei suoriudu LAINKAAN (3)	Ei sovellu
<b>1. PUKEUTUMINEN JA SIISTIYTYMINEN</b>					
Kykeneekö lapsesi:					
-pukeutumaan itse ja myös solmimaan kengännauhat ja napittamaan napit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-pesemään hiuksensa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-riisumaan sukat jalastaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-leikkaamaan sormenkyntensä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. NOUSEMINEN</b>					
Kykeneekö lapsesi:					
-nousemaan ylös matalasta tuolista tai lattialta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-menemään vuoteeseen, tulemaan pois vuoteesta tai nousemaan seisaalleen pinnasängyssä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. RUOKAILU</b>					
Kykeneekö lapsesi:					
-paloittelemaan liharuuan lautasellaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nostamaan mukin tai lasin huulilleen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-avaamaan uuden muropakkauksen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4. KÄVELEMINEN</b>					
Kykeneekö lapsesi:					
-kävelemään ulkona tasaisella maalla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-kiipeämään viisi porrasta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merkitse rastilla ne APUVÄLINEET TAI LAITTEET, joita lapsesi tavallisesti käyttää jossakin yllä luetelluista toiminnoista:

-Keppi	<input type="checkbox"/>	-Pukeutumista helpottavat apuvälineet (nappikoukku, vetoketjun vedin, pitkävärtinen kenkäalusikka, jne)	<input type="checkbox"/>
-Kävelyteline	<input type="checkbox"/>	-Kynän paksunnos tai muut erityisapuvälineet	<input type="checkbox"/>
-Kynnärsauvat	<input type="checkbox"/>	-Erityistuoli tai korotettu tuoli	<input type="checkbox"/>
-Pyörätuoli	<input type="checkbox"/>	-Muu (mikä _____)	<input type="checkbox"/>

Merkitse ne toiminnot, joissa lapsesi yleensä tarvitsee toisen henkilön apua SAIRAUTENSA VUOKSI:

-Pukeutuminen ja siisteydestä huolehtiminen	<input type="checkbox"/>	-Syöminen	<input type="checkbox"/>
-Nouseminen	<input type="checkbox"/>	-Käveleminen	<input type="checkbox"/>

PÄIVÄMÄÄRÄ:      POTILAAN NIMI: 

HUS KYS OYS RSS TAYS TYKS

TUTKIJA: 

## Child Health Assessment Questionnaire (CHAQ)

	Ilman MITÄÄN vaikeuksia (0)	JONKIN VERRAN vaikeuksia (1)	PALJON vaikeuksia (2)	Ei suoriudu LAINKAAN (3)	Ei sovellu
<b>5. PUHTAUDESTA HUOLEHTIMINEN</b>					
Kykeneekö lapsesi:					
-pesemään ja kuivaamaan itsensä kokonaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-kylpemään ammeessa (menemään ammeeseen ja tulemaan sieltä pois)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-istuutumaan WC-istuimelle tai pottatuolille ja nousemaan siltä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-harjaamaan hampaansa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-kampaamaan/harjaamaan hiuksensa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. KURKOTTAMINEN</b>					
Kykeneekö lapsesi:					
-kurkottamaan ja nostamaan raskaan esineen kuten ison pelin tai kirjan päänsä yläpuolella olevalta tasolta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-kumartumaan ottaakseen vaatteen tai paperipalan lattialta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-vetämään villapaitansa päänsä yli?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-kääntämään päätänsä katsoakseen olkansa yli taakseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. TARTTUMINEN</b>					
Kykeneekö lapsesi:					
-kirjoittamaan tai piirtelemään täyte- tai lyijykynällä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-avaamaan auton oven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-avaamaan aikaisemmin avattuja kierrekannellisia tölkkejä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-avaamaan ja sulkemaan vesihanana?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-avaamaan oven kahvaa kääntämällä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. MUITA TOIMINTOJA</b>					
Kykeneekö lapsesi:					
-toimittamaan asioita ja käymään kaupassa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-nousemaan autoon tai leikkiautoon tai koulubussiin ja poistumaan näistä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-ajamaan polkupyörällä tai kolmipyöräisellä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-suorittamaan kotiaskareita (esimerkiksi astioiden pesu, roskien ulos vieminen, imurointi, pihatyöt, vuoteen sijaaminen, huoneen siivoaminen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-juoksemaan ja leikkimään?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Merkitse rastilla apuvälineet, joista lapsesi tavallisesti käyttää suoriutuakseen yllämainituista toimista:

-Korotettu WC-istuin	<input type="checkbox"/>	-Tukitanko kylpyammeessa	<input type="checkbox"/>
-Ammeistuin	<input type="checkbox"/>	-Pitkävartiset apuvälineet esineiden tavoittamiseksi	<input type="checkbox"/>
-Kierrekannen avaaaja (aikaisemmin avatut tölkit)	<input type="checkbox"/>	-Pitkävartiset apuvälineet kylpyhuoneessa	<input type="checkbox"/>

Merkitse ne toimet, joissa lapsesi SAIRAUTENSA VUOKSI yleensä tarvitsee toisen henkilön apua

-Puhtaudesta huolehtiminen	<input type="checkbox"/>	-Esineisiin tarttuminen ja niiden avaaminen	<input type="checkbox"/>
-Kurkottaminen	<input type="checkbox"/>	-Muut tehtävät ja arkiaskareet	<input type="checkbox"/>

PÄIVÄMÄÄRÄ:   .   .

POTILAAN NIMI:

HUS KYS OYS RSS TAYS TYKS

TUTKIJA:

## Child Health Assessment Questionnaire (CHAQ)

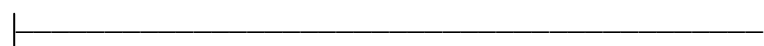
**Haluamme myös tietää, missä määrin sairaudesta johtuva kipu on vaikuttanut lapsesi toimintaan.**

**Miten paljon arvelet lapsellasi olleen kipua VIIMEKSI KULUNEEN VIIKON AIKANA? Laita merkki alla olevalle viivalle osoittamaan, miten voimakasta kipua on ollut**

Ei kipua



0



100

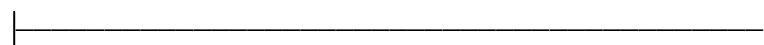
Hyvin ankaraa  
kipua

**KOKONAISARVIO: Arvioi, miten lapsesi kaikenkaikkiaan selviytyy, kun otetaan huomioon kaikki niveltulehduksesta johtuvat, lapsesi elämään vaikuttavat asiat. Merkitse selviytyminen laittamalla merkki alla olevalle viivalle.**

Erittäin  
hyvin



0



100

Erittäin  
huonosti