

--	--	--	--

Helsevurderingsskjema

Dato:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FYLLES UT AV FORESATTE

Vi er interessert i å få vite hvordan ditt barns sykdom påvirker hans/hennes evne til å fungere i dagliglivet. På de følgende spørsmål ber vi deg krysse av det svaret som best beskriver ditt barns aktiviteter, i gjennomsnitt i løpet av en dag, i løpet av siste uke. **MERK BARE AV DE VANSKENE ELLER BEGRENSNINGENE SOM SKYLDES SYKDOMMEN.** Hvis de fleste barn på ditt barns alderstrinn ikke kan forventes å utføre en spesiell aktivitet, krysser du av under "ikke aktuelt". For eksempel, hvis barnet ditt ikke klarer å gjøre en spesiell aktivitet fordi han/hun er for ung, men ikke fordi han/hun er begrenset av sykdom, skriv det som ikke aktuelt.

	INGEN vansker	LITT vansker	MYE vansker	KAN IKKE gjøre dette	IKKE aktuelt
STELLE OG KLE PÅ SEG					
Er barnet ditt i stand til å:					
-Kle på seg (omfatter knytting av skolisser og knepping av knapper)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vaske håret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ta av sokkene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Klippe fingerneglene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
REISE SEG					
Er barnet ditt i stand til å:					
-Reise seg fra en lav stol eller gulvet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Komme seg opp i og ut av sengen, eller reise seg i en sprinkelseng?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SPISING					
Er barnet ditt i stand til å:					
-Skjære kjøtt i biter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Løfte kopp eller glass til munnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Åpne en ny eske frokostblanding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GANGE					
Er barnet ditt i stand til å:					
-Gå ute på flatt underlag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Gå opp fem trappetrinn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kryss av for eventuelle hjelpemidler barnet ditt vanligvis bruker ved aktivitetene som er nevnt over:

Stokk	<input type="checkbox"/>	Hjelpemidler til påkledning(knappekrok, glidelåstrekker)	<input type="checkbox"/>
Gåstol	<input type="checkbox"/>	Fortykket blyant eller annet spesielt redskap	<input type="checkbox"/>
Krykker	<input type="checkbox"/>	Spesialstol eller oppbygget stol	<input type="checkbox"/>
Rullestol	<input type="checkbox"/>	Annet	<table border="1" style="display: inline-table; width: 150px; height: 20px;"></table>

Kryss av enhver aktivitet hvor barnet ditt vanligvis trenger hjelp fra en annen person P.G.A. SYKDOM:

Stelle seg og kle på seg	<input type="checkbox"/>	Spise	<input type="checkbox"/>
Reise seg	<input type="checkbox"/>	Gå	<input type="checkbox"/>



10413

	INGEN vansker	LITT vansker	MYE vansker	KAN IKKE gjøre dette	IKKE aktuelt
HYGIENE					
Er barnet ditt i stand til:					
-Vaske og tørke hele kroppen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bade i badekar (komme opp i og ut av karet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Komme seg på og av toalett el.potte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Pusse tennene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Børste håret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å REKKE					
Er barnet ditt i stand til:					
-Få tak i og ta ned en tung gjenstand,som et stort spill el. en bok, fra et sted over hodet sitt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bøye seg ned for å plukke opp klær eller et stykke papir fra gulvet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Trekke en genser over hodet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Snu hodet for å se seg over skulderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GREP					
Er barnet ditt i stand til:					
-Skrive el. rable med penn el. blyant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Åpne en bildør?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Åpne glass som har vært åpnet før?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Skrue kraner opp og igjen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Åpne en dør ved hjelp av dørhåndtaket?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AKTIVITETER					
Er barnet ditt i stand til:					
-Gå ærend eller handle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Komme inn og ut av bil,lekebil el. buss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sykle på to eller trehjulsykel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Gjøre husarbeid(f.eks vaske opp, re opp bære ut søppel, støvsuge, hagearbeid rydde rommet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Løpe og leke ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kryss av for eventuelle hjelpemidler barnet ditt vanligvis bruker ved aktivitetene som er nevnt over:

Oppbygget toalettsete	<input type="checkbox"/>	Håndtak ved badekar	<input type="checkbox"/>
Sete i badekar	<input type="checkbox"/>	Langskaftet hjelpemiddel for å rekke ting	<input type="checkbox"/>
Krukke/glass åpner	<input type="checkbox"/>	Langskaftet hjelpemiddel på badet	<input type="checkbox"/>

Kryss av enhver aktivitet hvor barnet ditt vanligvis trenger hjelp fra en annen person P.G.A. SYKDOM:

Hygiene	<input type="checkbox"/>	Grep og åpne ting	<input type="checkbox"/>
Å rekke	<input type="checkbox"/>	Ærend og husarbeid	<input type="checkbox"/>

Hvor mye smerte har barnet ditt hatt pga sin revmatiske sykdom DEN SISTE UKEN?

 Vennligst sett en strek **på tvers** av linjen for å vise graden av smerte.

Ingen smerter

Svært sterk smerte

Når du tar i betraktning alle måter sykdommen virker inn på barnet ditt, angi hvordan barnet har det ved å sette en strek på tvers av linjen.

Svært bra

Svært dårlig