

Multi-Dimensional Health Assessment Questionnaire (RAPID-3/HAQ2)

Deze vragenlijst bevat informatie die alleen u kunt geven, en niet beschikbaar is uit bloedonderzoek, röntgenfoto's of ander onderzoek. Probeer antwoord te geven op iedere vraag, ook al denkt u dat iets op dit moment niet op u van toepassing is. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Geef a.u.b. precies antwoord zoals u denkt of voelt.

1. Wij willen graag weten hoe uw ziekte van invloed is op uw functioneren in het dagelijks leven.

Kruis het antwoord aan dat het best beschrijft wat u meestal kon doen IN DE AFGELOPEN WEEK.

Zonder ENIGE moeite¹
Met ENIGE moeite¹
Met VEEL moeite²
ONMOGELIJK uit te voeren³

- Kunt u: a. Opstaan vanuit een rechte stoel? 0 1 2 3
 - b. Buitenshuis op vlak terrein wandelen? 0 1 2 3
 - c. Op en van het toilet komen? 0 1 2 3
 - d. Iets van ongeveer 2½ kg (bijv. een zak aardappelen of rijst) van net boven uw hoofd pakken? 0 1 2 3
 - e. Auto-portieren openen? 0 1 2 3
 - f. In de tuin werken? 0 1 2 3
 - g. 15 minuten in een rij staan wachten? 0 1 2 3
 - h. Zware voorwerpen verplaatsen? 0 1 2 3
 - i. Zware voorwerpen optillen? 0 1 2 3
 - j. Twee of meer trappen oplopen? 0 1 2 3
-
- k. 3 km lopen?
 - l. Meedoen met sport en recreatie, zoveel als u wou?
 - m. 's Nachts goed slapen?
 - n. Omgaan met gevoelens van spanning en zenuwachtigheid?
 - o. Omgaan met gevoelens van depressie en somberheid?

Niet invullen

1=0.3	16=5.3
2=0.7	17=5.7
3=1.0	18=6.0
4=1.3	19=6.3
5=1.7	20=6.7
6=2.0	21=7.0
7=2.3	22=7.3
8=2.7	23=7.7
9=3.0	24=8.0
10=3.3	25=8.3
11=3.7	26=8.7
12=4.0	27=9.0
13=4.3	28=9.3
14=4.7	29=9.7
15=5.0	30=10

FN (0-10)

(a-j)

PN (0-10)

PTGL (0-10)

RAPID3 (0-10)

of (0-30)

2. Hoeveel pijn heeft u DE AFGELOPEN WEEK gehad?

Kruis één hokje aan om aan te geven hoe erg uw pijn is geweest.

- GEEN PIJN 0 0,5 1,0 1,5 2,0 2,5 3,0 3,5 4,0 4,5 5,0 5,5 6,0 6,5 7,0 7,5 8,0 8,5 9,0 9,5 10

ERGST VOORSTELBARE PIJN

3. Kruis aan hoeveel pijn u vandaag hebt in elk van de onderstaande gewrichten:

	Links					Rechts			
	Geen	Weinig	Matig	Veel		Geen	Weinig	Matig	Veel
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	vingers	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	polsen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	ellebogen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	schouders	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	heupen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	knieën	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	enkels	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	tenen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RADAI (0-48)

MS (min of u)

(zoz)

FTG (0-10)

(zoz)

4. Denk aan alle manieren waarop u nu last heeft van ziekte- en gezondheidsproblemen. Kruis één hokje aan om aan te geven hoe het met u gaat.

- HEEL GOED 0 0,5 1,0 1,5 2,0 2,5 3,0 3,5 4,0 4,5 5,0 5,5 6,0 6,5 7,0 7,5 8,0 8,5 9,0 9,5 10 **HEEL SLECHT**



Ga door op de achterkant

