

Chestionar de Evaluare a Priorităților Îngrijitorului și Indicatorului Sănătății Copilului cu Dizabilități (CPCHILD®)

Instrucțiuni:

1. Acest chestionar se referă la sănătatea, confortul și starea de bine a copilului dumneavoastră, precum și la nevoile sale de îngrijire.
2. Vă rugăm să citiți cu atenție instrucțiunile.
3. Vă rugăm să răspundeți la toate întrebările, încercuind numărul care se potrivește cel mai bine. Puteți scrie orice comentarii/ clarificări în spațiul oferit sub fiecare întrebare.

Exemplu:

								NIVELUL DE ASISTENȚĂ			
Luați în considerare modul în care fiecare dintre următoarele activități este efectuat, de obicei, de/pentru copilul dumneavoastră. Evaluați cât de dificile au fost aceste activități în ultimele 2 săptămâni și alegeți nivelul de asistență care a fost necesar pentru a vă ajuta copilul să le realizeze.								TOTAL	MODERAT	SUPERVEGHET	INDEPENDENT
În ultimele 2 săptămâni, cât de dificil a fost următorul lucru:	Imposibil	Foarte dificil	Dificil	Puțin Dificil	Ușor	Foarte ușor	Nici o problemă				
1. A încălța/ a purta încălțăminte (șosete, pantofi, orteze etc.)	0	1	2	3	4	55	6	0	1	22	3

În exemplul de mai sus, sarcina de a încălța/ a purta încălțăminte a fost evaluată ca fiind *foarte ușoară*, iar copilul a avut nevoie de un nivel minim/supravegheat de asistență pentru a se încălța.

4. La sfârșitul fiecărei secțiuni există un spațiu pentru a adăuga orice element care credeți că lipsesc din chestionar și care vi se par importante pentru sănătatea, confortul și bunăstarea copilului dumneavoastră.

Numele copilului: _____

Numele părintelui sau îngrijitorului care completează formularul: _____

Data: _____

SECȚIUNEA 1: ÎNGRIJIREA PERSONALĂ / ACTIVITĂȚI ZILNICE

NIVELUL DE ASISTENȚĂ

Luați în considerare modul în care fiecare dintre următoarele activități este realizată, de obicei, de/pentru copilul dumneavoastră. Evaluați cât de dificile au fost aceste activități în ultimele 2 săptămâni și alegeți nivelul de asistentă necesar pentru a vă ajuta copilul dumneavoastră să le efectueze.								TOTAL	MODERAT	MÎNIM	SUPRAVEGHE RE	INDEPENDENT
În ultimele 2 săptămâni, cât de dificil a fost următorul lucru:	Imposibil	Foarte Dificil	Dificil	Puțin Dificil	Ușor	Foarte ușor	Nici o problemă					
1. Abilitatea de a bea sau a se alimenta? (în modul obișnuit în care se face, adică pe cale orală sau prin sondă, sau ambele)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
2. Menținerea igienei orale (curățarea dinților și a gurii)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
3. Baie/ Spălare	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
4. Activități legate de toaleta (funcționarea vezicii urinare și a intestinelor, igienă etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
5. Schimbarea scutecelor/ lenjeriei intime?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
6. Îmbrăcarea/ Dezbrăcarea pentru partea superioară a corpului? (cămașă, jachetă etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
7. Îmbrăcarea/ Dezbrăcarea pentru partea inferioară a corpului? (pantaloni, pantaloni sport etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
8. A încălța sau a purta încălțăminte (șosete, pantofi, orteze etc.)?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
9. Îngrijirea părului (spălarea, uscarea, pieptănarea/coafarea părului, împletirea, etc)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
1A. Altă activitate de îngrijire personală? Specificați: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	
1B. Altă activitate de îngrijire personală? Specificați: _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3	

SECȚIUNEA 2: POZIȚIONARE, TRANSFER ȘI MOBILITATE

NIVELUL DE ASISTENȚĂ

Luați în considerare modul în care fiecare dintre următoarele activități este realizată, de obicei, de/pentru copilul dumneavoastră. Evaluați cât de dificile au fost aceste activități în ultimele 2 săptămâni și alegeți nivelul de asistență necesar pentru a-l ajuta pe copilul dumneavoastră să le efectueze.											
În ultimele 2 săptămâni, cât de dificil a fost:	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
	<i>Imposibil</i>	<i>Foarte Dificil</i>	<i>Dificil</i>	<i>Putin Dificil</i>	<i>Ușor</i>	<i>Foarte ușor</i>	<i>Nici o problemă</i>	TOTAL	MODERAT	MULTE AVANSAT	INDEPENDENT
10. Să urce/coboare din pat?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
11. Să se transfere într-un/ dintr-un scaun cu roțile?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
12. Să stea în scaunul cu roțile/ scaun?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
13. Să stea în picioare pentru exerciții/ transferuri?	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
14. Să se deplaseze prin casă? (prin orice mod posibil)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
15. Să se deplaseze în aer liber (afară)? (prin orice mod posibil)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
16. Să intre și să coboare dintr-un vehicul? (mașină, furgon sau autobuz)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
17. Să viziteze locurilor publice? (parc, teatru, turism, etc.)	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2A. Altă activitate Specificați _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3
2B. Altă activitate Specificați _____	0	1	2	3	4	5	6	0	1	2	3

SECȚIUNEA 3: CONFORT ȘI EMOȚII

În ultimele 2 săptămâni, cât de des a simțit copilul dumneavoastră durere sau disconfort?							INTENSITATEA			
	În fiecare	Foarte Des	Destul de Des	De câteva Ori	O dată sau de Două ori	Nici o dată	SEVER	MODERAT	LEGER	NICI UNUL
18. În timp ce mânca/bea sau era hrănit?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
19. În timpul activităților legate de toaletă? (funcționarea vezicii urinare și a intestinelor, igienă, schimbarea scutecelor, etc.)	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
20. În timp ce se îmbracă/dezbracă?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
21. În timpul transferurilor sau schimbărilor de poziție?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
22. În timp ce era așezat?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
23. În timp ce era culcat în pat?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
24. Care i-a perturbat somnul copilului dumneavoastră?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3A. În timpul altei activități Specificați: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
3B. În timpul altei activități Specificați: _____	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
În ultimele 2 săptămâni, cât de des copilul dumneavoastră a fost:										
25. Agitat, supărat sau furios?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3
26. Nefericit sau trist?	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3

SECȚIUNEA 4: COMUNICARE ȘI INTERACȚIUNE SOCIALĂ

Luăți în considerare modul în care fiecare dintre următoarele activități este realizată, **de obicei**, de/pentru copilul dumneavoastră.

Evaluați cât de **dificile** au fost aceste activități în ultimele 2 săptămâni și alegeți **nivelul de asistență** necesar pentru a-l ajuta pe copilul dumneavoastră să le efectueze.

În ultimele 2 săptămâni, cât de dificil a fost:	<i>Imposibil</i>	<i>Foarte Dificil</i>	<i>Dificil</i>	<i>Putin Dificil</i>	<i>Ușor Ușor</i>	<i>Foarte Ușor</i>	<i>Nici o problemă</i>
27. Să vă înțeleagă? _____	0	1	2	3	4	5	6
28. Să îl înțelegeți? _____	0	1	2	3	4	5	6
29. Comunicarea cu cei care nu cunosc bine copilul tău? _____	0	1	2	3	4	5	6
30. Să se joace singur/singură? _____	0	1	2	3	4	5	6
31. Să se joace cu alții? _____	0	1	2	3	4	5	6
32. Să frecventeze școala/grădinița? _____	0	1	2	3	4	5	6
33. Să participe la activități recreative (înot, să interacționeze cu familia și prietenii, etc.)? _____	0	1	2	3	4	5	6
4A. Altă activitate socială Specificați: _____	0	1	2	3	4	5	6
4B. Altă activitate socială Specificați: _____	0	1	2	3	4	5	6

SECȚIUNEA 5: SĂNĂTATE

În ultimele 2 săptămâni	Vă rugăm să încercuiți opțiunea care se potrivește cel mai bine					
34. De câte ori a fost nevoie copilul dumneavoastră să meargă la doctor sau la spital?	<i>Internat Peste 7 zile</i> 0	<i>Internat sub 7 zile</i> 1	<i>De 3 sau mai multe ori</i> 2	<i>De 2 ori</i> 3	<i>O dată</i> 4	<i>Deloc</i> 5

În ultimele 2 săptămâni	<i>Foarte Slab</i> 0	<i>Slab</i> 1	<i>Acceptabil</i> 2	<i>Bun</i> 3	<i>Foarte Bun</i> 4	<i>Excelent</i> 5
35. Cum ați evalua starea generală de sănătate a copilului dumneavoastră?						

36. Enumerați medicamentele pe care le-a luat copilul dumneavoastră în ultimele 2 săptămâni.

0. Niciun medicament

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____

SECȚIUNEA 6: CALITATEA GENERALĂ A VIEȚII COPILULUI DUMNEAVOASTRĂ

În ultimele 2 săptămâni	<i>Foarte Slab</i> 0	<i>Slab</i> 1	<i>Acceptabil</i> 2	<i>Bun</i> 3	<i>Foarte Bun</i> 4	<i>Excelent</i> 5
37. Cum evaluați calitatea generală a vieții copilului dumneavoastră??						

SECȚIUNEA 7: IMPORTANȚA ASPECTELOR PENTRU CALITATEA VIEȚII COPILULUI

Cât de important este fiecare item pentru calitatea vieții copilului dumneavoastră?	Deloc Important	Foarte puțin Important	Puțin Important	Moderat Important	Foarte Important	Extrem de Important
1. Abilitatea de a bea sau a se alimenta	0	1	2	3	4	5
2. Menținerea igienei orale	0	1	2	3	4	5
3. Baia/spălatul	0	1	2	3	4	5
4. Activitățile legate de toaletă/ igienă	0	1	2	3	4	5
5. Schimbarea scutecelor/lenjeriei	0	1	2	3	4	5
6. Îmbrăcarea (partea superioară a corpului)	0	1	2	3	4	5
7. Îmbrăcarea (partea inferioară a corpului)	0	1	2	3	4	5
8. Încălțarea/purtarea încălțăminte	0	1	2	3	4	5
9. Îngrijirea părului/	0	1	2	3	4	5
10. Ridicarea și așezarea în pat	0	1	2	3	4	5
11. Transferul în/din scaun sau scaun cu roțile	0	1	2	3	4	5
12. Statul în scaun/ scaun cu roțile	0	1	2	3	4	5
13. Statul în picioare pentru exerciții/ transfer	0	1	2	3	4	5
14. Deplasarea prin casă	0	1	2	3	4	5
15. Deplasarea în aer liber (afară)	0	1	2	3	4	5
16. Urcarea/coborârea din vehicule	0	1	2	3	4	5
17. Vizitarea locurilor publice	0	1	2	3	4	5
18. Confort în timpul alimentării	0	1	2	3	4	5
19. Confort în timpul activităților de toaletă	0	1	2	3	4	5
20. Confort la îmbrăcare/ dezbrăcare	0	1	2	3	4	5
21. Confort în timpul transferurilor/ schimbări de poziție	0	1	2	3	4	5
22. Confort în poziție șezut	0	1	2	3	4	5
23. Confort în poziție culcat	0	1	2	3	4	5
24. Confort în timpul somnului	0	1	2	3	4	5
25. Starea emoțională/comportamentală	0	1	2	3	4	5
26. Fericirea	0	1	2	3	4	5
27. Abilitatea de a vă înțelege	0	1	2	3	4	5
28. Abilitatea să fie înțeles de Dumneavoastră	0	1	2	3	4	5
29. Capabil să comunice cu alte persoane	0	1	2	3	4	5
30. Capabil să se joace singur	0	1	2	3	4	5
31. Capabil să se joace cu alți copii	0	1	2	3	4	5
32. Capabil să meargă la școală/centru de îngrijire pentru copii	0	1	2	3	4	5
33. Capabil să participe la activități recreative	0	1	2	3	4	5
34. Reducerea vizitelor la medic și a spitalizărilor	0	1	2	3	4	5
35. Sănătatea generală	0	1	2	3	4	5
36. Reducere numărului de medicamente	0	1	2	3	4	5

SECȚIUNEA 8: INFORMAȚII DESPRE COPIL

1. Genul copilului	☐ BĂIAT ☐ FATĂ
2. Data nașterii	____ / ____ / ____
3. Nivelul de educație finalizat (alege doar unul)	Grădiniță ____ Școală ____ Clasa 1 ____ Clasa 2 ____ Clasa 3 ____ Clasa 4 ____ Clasa 5 ____ Clasa 6 ____ Clasa 7 ____ Clasa 8 ____ Clasa 9 ____ Clasa 10 ____ Clasa 11 ____ Clasa 12 ____ Nu frecventeză ____ Dacă nu a fost calificat, câți ani a participat ____

SECȚIUNEA 9: INFORMAȚII DESPRE DUMNEAVOASTRĂ

1. Sexul dumneavoastră	☐ Masculin ☐ Feminin
2. Data nașterii	____ / ____ / ____
3. Starea actuală de muncă	Nu lucrez din cauza sănătății copilului ____ Nu lucrez din alte motive ____ Caut loc de muncă ____ Lucrez cu normă întreagă sau parțială ____ Casnic(ă) ____
4. Relația cu copilul	Părinte biologic ____ Părinte vitreg ____ Părinte adoptiv ____ Tutore ____ Îngrijitor profesionist ____ Altul (specificați): ____
5. Câte zile pe săptămână vă ocupați de îngrijirea copilului?	____ Zile pe săptămână
6 Nivelul maxim de educație finalizat	Studii medii incomplete ____ Diplomă de liceu - Școală profesională sau colegiu - Diplomă universitară ____ Studii postuniversitare ____

Cât timp v-a luat să completați acest chestionar (în unități de timp):

Vă mulțumim pentru participare!