

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE MODIFIE POUR LA SCLERODERMIE (SHAQ)
AUTO-EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE AU COURS DE LA SCLERODERMIE :
 HAQ (modifié pour la sclérodémie)
 Référence Steen VA Arthritis et rheumatism 1997 ; 40 : 1984-91

Questionnaire à remplir par le patient lui-même (cocher une seule croix par question)

Demander au patient : « Au jour d'aujourd'hui, êtes vous capable de : »	Sans aucune difficulté	Avec une légère difficulté	Avec une grande difficulté	Incapable
1. de vous habiller tout(e) seul(e) y compris de lacer vos chaussures et d'attacher vos boutons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. de vous laver la tête tout(e) seul(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. de vous lever d'une chaise de 40cm ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. de vous coucher et de vous lever tout(e) seul(e) de votre lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. de couper vous-même votre viande ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. de porter à vos lèvres une tasse ou un verre rempli à ras bord ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. d'ouvrir une « brique » de lait en carton ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. de marcher dehors en terrain plat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. de monter 5 marches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. de vous laver et vous essuyer de la tête aux pieds ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. de prendre un bain dans une baignoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. de vous asseoir et de vous relever du siège des toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. d'attraper juste au-dessus de votre tête un poids de 2.5kg et de le mettre plus bas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. de vous pencher et d'attraper vos affaires sur le sol ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. d'ouvrir les portes de voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. d'ouvrir des pots qui ont déjà été ouverts ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. d'ouvrir et de fermer les robinets ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. de vous promener et de faire des courses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. de rentrer et de sortir d'une voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. de passer l'aspirateur ou de jardiner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cotation : les capacités sont cotées comme suit :

Sans aucune difficulté 0

Avec une légère difficulté 1

Avec une grande difficulté 2

Incapable 3

En l'absence de réponse à un item, cet item n'est pas comptabilisé.

L'index d'invalidité est la somme des scores obtenus pour chaque item, divisée par le nombre d'items auxquels a répondu le patient.

Minimum : 0 Maximum : 3

1. Au cours de la semaine dernière, combien votre syndrome de Raynaud a-t-il gêné vos activités ?

| Pas de gêne |-----| gêne très sévère |

2. Au cours de la semaine dernière, dans quelle mesure les ulcérations de vos doigts ont-elles gêné vos activités ?

| Pas de gêne |-----| gêne très sévère |

3. Au cours de la semaine dernière, dans quelle mesure vos troubles gastro-intestinaux ont-ils gêné votre activité ?

| Pas de gêne |-----| gêne très sévère |

4. Au cours de la semaine dernière, combien vos problèmes pulmonaires ont-ils interféré avec votre activité ?

| Pas de gêne |-----| gêne très sévère |

5. Au cours de la semaine dernière, jusqu'à quel point tous les problèmes en rapport avec votre sclérodermie ont-ils interféré avec l'ensemble de vos activités ?

| Pas de gêne |-----| gêne très sévère |

Cocher chacun des appareils dont vous vous servez régulièrement :

Canne

Déambulateur

Siège pour s'asseoir dans le bain

Barre de soutien pour rentrer dans la baignoire

Ouvre-bouteille

Béquilles

Fauteuil roulant

Aide à l'habillage (passe-boutons, chausse-pieds,...)

Ustensiles spéciaux

Prolongateur pour attraper les objets

Prolongateur pour la salle de bain

Surélévateur

Chaise sur mesure

Autre -----

S'il vous plaît, cocher chacun des items pour lesquels vous avez habituellement besoin d'une autre personne :

Hygiène Pour prendre et ouvrir les choses

Pour attraper Pour vous promener et faire vos courses

Quelle a été l'intensité de votre douleur à cause de votre maladie au cours de la semaine passée ?
(faites un trait sur la ligne pour indiquer, sur une échelle de 0 à 100, l'intensité de la douleur.)

Pas de douleur
sévère

Douleur très

