





J'atteste que le bénéficiaire a rempli lui-même le questionnaire HAQ figurant au point IV du présent formulaire:  
le / /  (Date à laquelle le questionnaire a été rempli) et qu'il a obtenu un score brut de:

sur 60 (somme des cotes obtenues pour toutes les questions) qui, exprimé en pourcentage, correspond à un index du HAQ de:  
 sur 100.

De ce fait, j'atteste que ce bénéficiaire nécessite de recevoir un traitement avec cette spécialité.

**III – Identification du médecin spécialiste mentionné ci-dessus au point II**

(nom)

(prénom)

-  -  -  (n° INAMI)

/  /  (date)

(cachet)

..... (signature du médecin)

**IV – Questionnaire d'évaluation fonctionnelle HAQ, à remplir par le bénéficiaire dont l'identité est mentionnée au point I:**

(Veuillez indiquer d'une croix la réponse qui décrit le mieux vos capacités au cours des derniers jours)

	Sans difficulté	AUCUNE	Avec QUELQUE difficulté	Avec BEAUCOUP de difficulté	INCAPABLE de la faire
<b>1) S'HABILLER ET SE PREPARER:</b>					
Etes-vous capable de:					
a. vous habiller, y compris nouer vos lacets et boutonner vos vêtements?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. vous laver les cheveux	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2) SE LEVER::</b>					
Etes-vous capable de:					
a. vous levez d'une chaise?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. vous mettre au lit et vous lever du lit?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3) MANGER :</b>					
Etes-vous capable de:					
a. couper votre viande?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. porter à votre bouche une tasse ou un verre bien plein?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ouvrir une brique de lait ou de jus de fruit?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4) MARCHER:</b>					
Etes-vous capable de:					

a. marcher en terrain plat à l'extérieur?

b. Monter 5 marches?

5) HYGIENE:

Etes-vous capable de

a. vous laver et vous sécher entièrement?

b. prendre un bain?

c. vous asseoir et vous relever des toilettes?

6) ATTRAPER:

Etes-vous capable de:

a. prendre un objet pesant 2,5 kg situé au-dessus de votre tête?

b. vous baisser pour ramasser un vêtement par terre?

7) PREHENSION:

Etes-vous capable de:

a. ouvrir une porte de voiture?

b. dévisser le couvercle d'un pot déjà ouvert une fois?

c. ouvrir et fermer un robinet?

8) AUTRES ACTIVITES:

Etes-vous capable de:

a. faire vos courses ?

b. monter et descendre de voiture?

c. faire des travaux ménagers tels que passer l'aspirateur ou faire du petit jardinage?

Sans AUCUNE difficulté      QUELQUE PEU inconfortable      Limité à certaines positions ou très inconfortable      Impossible à cause de la polyarthrite

(Cote attribuée à chaque colonne)      (0)      (1)      (2)      (3)

□□ / □□ / □□□□ (Date à laquelle le questionnaire a été rempli) ..... (Signature du bénéficiaire)