

UPPER LIMB FUNCTIONAL INDEX

Nombre: _____

Fecha: _____

Lesión: _____

Brazo Derecho

Brazo izquierdo

Por favor complete: Sus brazos pueden hacer que sea difícil hacer algunas cosas que hace normalmente. Esta lista contiene frases que la gente usa para describir esos problemas en ellos mismos.

Piense usted en los últimos días. Si una frase solo le describe parcialmente, marque la mitad de la casilla.

SOBRE MI/S BRAZO/S

- | | | |
|--------------------------|----|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Me quedo en casa la mayor parte del tiempo. |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Cambio frecuentemente de postura para aliviar el dolor. |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Evito hacer trabajos pesados (ejemplo: limpiar, levantar más de 5 kg, trabajar el jardín, etc). |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Paro a descansar más a menudo. |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Pido a los demás que hagan las cosas por mí. |
| <input type="checkbox"/> | 6 | Tengo dolor/problema casi todo el tiempo. |
| <input type="checkbox"/> | 7 | Tengo dificultad para levantar y cargar peso (ejemplo: bolsas, compras de hasta 5 kg., etc). |
| <input type="checkbox"/> | 8 | Mi apetito es diferente. |
| <input type="checkbox"/> | 9 | El caminar o el hacer mis actividades deportivas y recreativas están afectadas. |
| <input type="checkbox"/> | 10 | Tengo dificultad con las tareas normales de la casa y la familia. |
| <input type="checkbox"/> | 11 | Duermo peor. |
| <input type="checkbox"/> | 12 | Necesito ayuda con mi cuidado personal (ejemplo: la ducha y la higiene). |
| <input type="checkbox"/> | 13 | Mis actividades normales diarias (trabajo, actividades sociales) están afectadas. |
| <input type="checkbox"/> | 14 | Estoy más irritable y/o de peor humor. |
| <input type="checkbox"/> | 15 | Me siento débil y/o rígido. |
| <input type="checkbox"/> | 16 | Mi independencia en el transporte está afectada (conducir/ transporte público). |
| <input type="checkbox"/> | 17 | Tengo dificultad para introducir el brazo en una camisa o para vestirme. |
| <input type="checkbox"/> | 18 | Tengo dificultad para escribir o usar una llave y/o ratón. |
| <input type="checkbox"/> | 19 | Soy incapaz de realizar actividades a la misma altura o por encima del hombro. |
| <input type="checkbox"/> | 20 | Tengo dificultad para comer y/o usar utensilios (ejemplo: cuchillo, tenedor, cuchara, palillos). |
| <input type="checkbox"/> | 21 | Tengo dificultad para coger y mover objetos pesados (ejemplo: tazas, tarros, latas). |
| <input type="checkbox"/> | 22 | Tiendo a dejar caer las cosas y/o tengo accidentes menores con mayor frecuencia. |
| <input type="checkbox"/> | 23 | Uso el otro brazo más a menudo. |
| <input type="checkbox"/> | 24 | Tengo problemas con botones, llaves, monedas, llaves de agua, recipientes y tapas de rosca. |
| <input type="checkbox"/> | 25 | Tengo problemas para abrir, agarrar, empujar o presionar (ejemplo: palancas, puertas pesadas). |

ULFI Puntuación: Para puntuar la parte superior sumar las cajas marcadas:

_____ TOTAL (ULFI puntos)

100 Escala: 100 - (TOTAL x 4) = _____ %

MDC (90% CI): 7.9% o 1.9 ULFI- puntos. Una puntuación menor a ésta puede ser debido a error.

Questionnaire-forms by fisioterapia-acuatica.com