

Upper Extremity Functional Index

We are interested in knowing whether you are having any difficulty at all with the activities listed below because of your upper limb problem for which you are currently seeking attention. Please provide an answer for each activity.

Today, **do you or would you have any difficulty at all with:** (Circle one number on each line)

Activities	Extreme Difficulty or unable to perform activity	Quite a bit of difficulty	Moderate difficulty	A little bit of difficulty	No difficulty
1. Any of your usual work, household or school activities	0	1	2	3	4
2. Your usual hobbies, sporting or recreational activities	0	1	2	3	4
3. Lifting a bag of groceries to waist level	0	1	2	3	4
4. Lifting a bag of groceries above head level	0	1	2	3	4
5. Grooming your hair	0	1	2	3	4
6. Pushing up on your hands (i.e. from bathtub or chair)	0	1	2	3	4
7. Preparing food (i.e. cutting, cooking, peeling)	0	1	2	3	4
8. Driving	0	1	2	3	4
9. Vacuuming, sweeping or raking	0	1	2	3	4
10. Dressing	0	1	2	3	4
11. Doing up buttons	0	1	2	3	4
12. Using tools or appliances	0	1	2	3	4
13. Opening doors	0	1	2	3	4
14. Cleaning	0	1	2	3	4
15. Tying shoes or lacing	0	1	2	3	4
16. Sleeping	0	1	2	3	4
17. Laundering clothes (i.e. washing, ironing, folding)	0	1	2	3	4
18. Opening a jar	0	1	2	3	4
19. Throwing a ball	0	1	2	3	4
20. Carrying a small suitcase with your affected limb	0	1	2	3	4
Column Totals					

Total = _____ /80

Patient's Signature: _____

Date _____

Therapist's Signature / ID#: _____

Date _____ Time _____

Minimum Level of Detectable Change (90% Confidence): 9 points



PATIENT/LABEL



Índice funcional de las extremidades superiores

Nos interesa saber si usted tiene alguna dificultad para realizar las actividades que se mencionan a continuación como consecuencia de su problema en las extremidades superiores, motivo por el cual está buscando atención. Sírvase dar una respuesta a cada actividad.

Hoy, ¿tiene o tendría alguna dificultad con las siguientes actividades? (Marque con un círculo un número en cada línea)

Actividades	Dificultad extrema o incapacidad para realizar la actividad	Cierto grado de dificultad	Dificultad moderada	Muy poca dificultad	Sin dificultad
1. Alguna de sus actividades laborales, escolares o del hogar habituales.	0	1	2	3	4
2. Sus pasatiempos o actividades recreativas o deportivas habituales.	0	1	2	3	4
3. Levantar la bolsa del mandado hasta la cintura.	0	1	2	3	4
4. Levantar la bolsa del mandado por encima de la cabeza.	0	1	2	3	4
5. Cepillarse el pelo	0	1	2	3	4
6. Levantarse con las manos (por ej.: desde la tina o la silla)	0	1	2	3	4
7. Preparar la comida (por ej.: cortar, cocinar, pelar)	0	1	2	3	4
8. Conducir	0	1	2	3	4
9. Pasar la aspiradora, barrer o rastrillar	0	1	2	3	4
10. Vestirse	0	1	2	3	4
11. Abrocharse los botones	0	1	2	3	4
12. Utilizar herramientas o artefactos	0	1	2	3	4
13. Abrir puertas	0	1	2	3	4
14. Limpiar	0	1	2	3	4
15. Atarse los cordones o zapatos	0	1	2	3	4
16. Dormir	0	1	2	3	4
17. Lavar ropa (por ej.: lavar, planchar, doblar)	0	1	2	3	4
18. Abrir una lata	0	1	2	3	4
19. Lanzar una pelota	0	1	2	3	4
20. Llevar una valija pequeña con la extremidad afectada	0	1	2	3	4
Totales de la columna					

Total = _____ /80

Firma del paciente: _____

Fecha _____

Firma del terapeuta/Nº de ID: _____

Fecha _____ Hora _____

Nivel mínimo de cambio detectable (90% de confianza): 9 puntos



PATIENT/LABEL