

# HOOS-PS

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Este questionário pergunta sua opinião sobre os seus quadris. Essas informações nos ajudarão a rastrear o quão bem você é capaz de realizar diferentes atividades. Responda cada questão marcando o quadrado apropriado, somente um quadrado por questão. Se você não tiver certeza sobre como responder alguma questão, por favor, escolha a melhor resposta que você puder, de forma que você responda todas as questões. As questões seguintes se referem ao seu nível de função ao realizar atividades diárias e atividades com maior nível de dificuldade.

Para cada uma das atividades seguintes, por favor, indique o grau de dificuldade que você experimentou na última semana devido ao seu problema no quadril.

1. Descer escadas

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Entrar ou sair do banho

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Sentar

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Correr

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Girar ou torcer-se sobre a perna de apoio (machucada)

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>