

HOOS

Frågeformulär för höftpatienter

DATUM: _____ PERSONNUMMER: _____

NAMN: _____

INSTRUKTIONER: Detta formulär innehåller frågor om hur du ser på din höftled. Informationen skall hjälpa till att följa hur du mår och fungerar i ditt dagliga liv. Besvara frågorna genom att kryssa för det alternativ du tycker stämmer bäst in på dig (ett alternativ för varje fråga). Om du är osäker, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

Symptom

Tänk på de **symptom** och svårigheter du haft från din höft den **senaste veckan** när du besvarar dessa frågor.

S1. Har du känt att det maler i höften eller hör du klickande eller andra ljud från höften?

Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Svårighet att ta benen brett isär?

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Svårighet att ta ut steget när du går?

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stelhet

Följande frågor rör **ledstelhet**. Stelhet innebär svårighet att komma igång eller ökat motstånd vid rörelser i höftleden. **Ange graden av stelhet du har upplevt i din höft senaste veckan.**

S4. Hur stel har din höft varit när du just har vaknat på morgonen?

Inte alls	Något	Måttligt	Mycket	Extremt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Hur stel har din höft varit efter att du suttit eller legat och vilat **senare under dagen?**

Inte alls	Något	Måttligt	Mycket	Extremt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smärta

P1. Hur ofta har du ont i höften?

Aldrig	Varje månad	Varje vecka	Varje dag	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Följande frågor rör den höftsmärta du eventuellt upplevt **den senaste veckan**.
Ange graden av smärta du har känt i följande situationer.

P2. Sträcka höften helt

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Böja höften helt

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Gå på jämnt underlag

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Gå upp eller ner för trappor

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Under natten i sängläge (smärta som stör sömnen)

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Sittande eller liggande

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Stående

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Gå på hårt underlag ex asfalt, betong

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P10. Gå på ojämnt underlag

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fysisk funktion

Följande frågor rör din fysiska funktion. **Ange graden av svårighet du har upplevt den senaste veckan vid följande aktiviteter på grund av dina höftbesvär.**

A1. Gå nerför trappor.

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Gå uppför trappor

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3. Resa dig upp från sittande

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange graden av **svårighet** du har upplevt den senaste veckan på grund av dina höftbesvär.

A4. Stå stilla

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A5. Böja dig, t ex för att plocka upp ett föremål från golvet

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A6. Gå på jämnt underlag

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A7. Stiga i och ur bil

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A8. Handla/göra inköp

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A9. Ta på strumpor

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A10. Stiga ur sängen

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11. Ta av strumpor

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A12. Ligga i sängen (vända dig, hålla höften i samma läge under lång tid)

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A13. Stiga i och ur badkar/dusch

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A14. Sitta

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A15. Sätta dig och resa dig från toalettstol

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A16. Utföra tungt hushållsarbete (snöskottning, golvtvätt, dammsugning etc)

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A17. Utföra lätt hushållsarbete (matlagning, damning etc)

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Funktion, fritid och idrott

Följande frågor rör din fysiska förmåga. **Ange graden av svårighet du upplevt den senaste veckan vid följande aktiviteter på grund av dina höftbesvär.**

SP1. Sitta på huk

Ingen Lätt Måttlig Stor Mycket stor

SP2. Springa

Ingen Lätt Måttlig Stor Mycket stor

SP3. Vrida/snurra på belastat ben

Ingen Lätt Måttlig Stor Mycket stor

SP4. Gå på ojämnt underlag

Ingen Lätt Måttlig Stor Mycket stor

Livskvalité

Q1. Hur ofta gör sig din höft påmind?

Aldrig Varje månad Varje vecka Varje dag Alltid

Q2. Har du förändrat ditt sätt att leva för att undvika att påfresta höften?

Inte alls Något Måttligt I stor utsträckning Totalt

Q3. I hur stor utsträckning kan du lita på din höft?

Helt och hållet I stor utsträckning Måttligt Till viss del Inte alls

Q4. Hur stora problem har du med höften generellt sett?

Inga Små Måttliga Stora Mycket stora

Tack för att Du tagit Dig tid att besvara samtliga frågor!.