

# HOOS-12

## Frågeformulär för höftpatienter

DATUM: \_\_\_\_\_ PERSONNUMMER: \_\_\_\_\_

NAMN: \_\_\_\_\_

**INSTRUKTIONER:** Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på din höftled. 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.

### Smärta

1. 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.**

2. 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"/>

3. 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"/>

4. Sittande eller liggande

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

### Funktion, dagliga livet

Följande frågor rör Din fysiska funktion. **Ange graden av svårighet Du har upplevt den senaste veckan vid följande aktiviteter på grund av Dina höftbesvär.**

5. Stå stilla

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

6. Stiga i/ur bil

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

7. 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"/>

8. Stiga i/ur bil

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

**Livskvalité**

9. Hur ofta gör sig Din höft påmint?

Aldrig

Varje månad

Varje vecka

Varje dag

Alltid

10. Har Du förändrat Ditt sätt att leva för att undvika att påfresta höften?

Inte alls

Något

Måttligt

I stor utsträckning

Totalt

11. I hur stor utsträckning kan Du lita på Din höft?

Helt och hållet

I stor utsträckning

Måttligt

Till viss del

Inte alls

12. 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!**