

HOOS-PS

QUESTIONARIO HOOS PER PAZIENTI CON PATOLOGIE DELL'ANCA

Data: ____/____/____ Data di nascita: ____/____/____

Nome: _____

ISTRUZIONI: Questo questionario è stato predisposto per conoscere il suo parere sullo stato della sua anca. Queste informazioni possono aiutarci a comprendere quanto lei sia in grado di svolgere differenti attività.

Risponda a ciascuna domanda, mettendo una crocetta nella casella corrispondente (solo una risposta per ciascuna domanda).

Se nessuna delle risposte dovesse sembrarle appropriata, scelga per favore quella che più si avvicina alla sua situazione, così da rispondere a tutte le domande.

Le domande che seguono riguardano l'eventuale grado di difficoltà che incontra nello svolgere attività quotidiane abituali e attività che richiedono un impegno maggiore. Per ciascuna delle seguenti attività, indichi per favore il grado di difficoltà provato **nell'ultima settimana** a causa dei suoi problemi all'anca.

1. Scendere le scale

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nessuna | Lieve | Moderata | Grave | Estrema |
| <input type="checkbox"/> |

2. Entrare e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nessuna | Lieve | Moderata | Grave | Estrema |
| <input type="checkbox"/> |

3. Stare seduto

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nessuna | Lieve | Moderata | Grave | Estrema |
| <input type="checkbox"/> |

4. Correre

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nessuna | Lieve | Moderata | Grave | Estrema |
| <input type="checkbox"/> |

5. Girarsi facendo perno sulla gamba

| | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nessuna | Lieve | Moderata | Grave | Estrema |
| <input type="checkbox"/> |