

HOOS-PS

Frågeformulär för höftpatienter

DATUM: _____ PERSONNUMMER: _____

NAMN: _____

INSTRUKTIONER: Detta formulär innehåller frågor om hur Du har det med din höft. Denna information hjälper oss att följa hur väl du klarar att utföra olika aktiviteter. Besvara varje fråga genom att kryssa för det alternativ Du tycker stämmer bäst in på dig, kryssa endast i en ruta för varje fråga. Om Du är osäker hur du ska besvara en fråga, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

Följande frågor rör din fysiska förmåga. Med detta menar vi din förmåga att utföra vanliga dagliga aktiviteter och mera krävande aktiviteter. Ange graden av svårighet du har upplevt den senaste veckan för var och en av följande aktiviteter:

1. Gå nerför trappor

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

2. 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"/>

3. Sitta

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

4. Springa

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

5. Vrida/snurra på belastat ben

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