

Questionnaire de Genou KOOS 12

DATE: _____ DATE DE NAISSANCE: _____

Ce questionnaire vous demande votre opinion sur votre genou. Il nous permettra de mieux connaître ce que vous ressentez et ce que vous êtes capable de faire dans votre activité de tous les jours.

Répondez à chaque question. Veuillez cocher une seule case par question. En cas de doute, cochez la case qui vous semble la plus adaptée à votre cas.

DOULEUR

D1. Avez-vous souvent mal au genou ?

- Jamais Une fois/mois Une fois/semaine Tous les jours Tout le temps

Au cours des **huit derniers jours**, quelle a été l'importance de **votre douleur du genou** en faisant les activités suivantes ?

D2. En marchant sur un terrain plat :

- Absente Légère Modérée Forte Extrême

D3. En montant ou en descendant les escaliers :

- Absente Légère Modérée Forte Extrême

D4. En restant assis(e) ou couché(e) :

- Absente Légère Modérée Forte Extrême

FONCTION, VIE QUOTIDIENNE

Les questions suivantes concernent ce que vous êtes capable de faire. Au cours des **huit derniers jours**, quelle a été votre difficulté pour chacune des activités suivantes ?

F1. Vous relever d'une position assise :

- Absente Légère Modérée Forte Extrême

F2. Rester debout :

- Absente Légère Modérée Forte Extrême

F3. Monter ou descendre de voiture :

- Absente Légère Modérée Forte Extrême

F4. Tourner, pivoter sur votre jambe :

- Absente Légère Modérée Forte Extrême

QUALITE DE VIE

Q1. Pensez-vous souvent à votre problème de genou ?

- Jamais Une fois/mois Une fois /semaine Tous les jours Tout le temps

Q2. Avez-vous modifié votre façon de vivre pour éviter les activités qui pourraient aggraver votre problème de genou ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Totalemtent

Q3. Etes-ce qu'un manque de confiance dans votre genou vous gêne ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Totalemtent

Q4. Finalement, êtes-vous gêné(e) par votre genou ?

- Pas du tout Un peu Modérément Beaucoup Extrêmement

*****Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire*****