

KOOS-12

Frågeformulär för knäpatienter

DATUM: _____ PERSONNUMMER: _____

NAMN: _____

INSTRUKTIONER: Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på ditt knä. 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 knät?

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

Vilken grad av smärta har Du känt i ditt knä den **senaste veckan** under följande aktiviteter?

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 förmåga. Ange graden av svårighet Du upplevt den **senaste veckan** vid följande aktiviteter på grund av Dina knäbesvär.

5. 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"/>

6. Stå stilla

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

7. 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"/>

8. Vrida/snurra på belastat knä

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 Ditt knä påmint?

Aldrig

Varje månad

Varje vecka

Varje dag

Alltid

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

Inte alls

Något

Måttligt

I stor utsträckning

Totalt

11. I hur stor utsträckning kan Du lita på Ditt knä?

Helt och hållet

I stor utsträckning

Måttligt

Till viss del

Inte alls

12. Hur stora problem har Du med knät generellt sett?

Inga

Små

Måttliga

Stora

Mycket stora

Tack för att Du tagit dig tid att besvara samtliga frågor!