

KOOS-Child knäformulär

DATUM: _____ PERSONNUMMER: _____

NAMN: _____

INSTRUKTIONER

De här frågorna handlar om hur ditt skadade knä påverkar dig. Svara på varje fråga genom att kryssa för det alternativ du tycker är bäst (endast ett alternativ per fråga). Om du är osäker, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

KNÄPROBLEM

S1. Hur ofta har knät varit svullet de senaste 7 dagarna?

Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Hur ofta har du hört något ljud från knät de senaste 7 dagarna?

Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Hur ofta har ditt knä hakat upp sig (fastnat) de senaste 7 dagarna?

Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S4. Hur ofta har du, utan hjälp, kunnat sträcka knät helt de senaste 7 dagarna?

Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Hur ofta har du, utan hjälp, kunnat böja knät helt de senaste 7 dagarna?

Alltid	Ofta	Ibland	Sällan	Aldrig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S6. Hur svårt har du haft att röra på knät när du vaknat på morgonen de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt	Lite	Ganska	Mycket	Extremt svårt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S7. Hur svårt har du haft att röra på knät om du varit stilla en stund senare under dagen de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt	Lite	Ganska	Mycket	Extremt svårt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P1. Hur ofta har du haft ont i knät den senaste månaden?

Aldrig	Sällan	Ibland	Ofta	Hela tiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HUR ONT

Hur ont har du haft i knät när du har gjort följande aktiviteter de **senaste 7 dagarna**?
Kryssa för det bästa svarsalternativet för varje fråga

	Inte ont	Lite ont	Ganska ont	Mycket ont	Extremt ont
P2. Snurra/vrida på det skadade knät när du går/står/springer					
P3. Sträcka fullt på ditt skadade knä					
P4. Böja fullt på ditt skadade knä					
P6a. Gå upp för trappor					
P6b. Gå ner för trappor					
P8a. Sitta med ditt skadade knä böjt					
P9. Stå på båda benen, oberoende av hur länge					

SVÅRIGHETER VID VARDAGSAKTIVITETER

A1. Hur svårt har du haft att gå ner för trappor de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

A2. Hur svårt har du haft att gå upp för trappor de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

A3. Hur svårt har du haft att resa dig från en stol de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

A5. Hur svårt har du haft att böja dig ned och plocka upp något från golvet de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

A7. Hur svårt har du haft att gå i/ur en bil de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

A10. Hur svårt har du haft att resa dig från sängen de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

A12. Hur svårt har du haft att ändra läge på knät när du har legat i sängen de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

A13. Hur svårt har du haft att gå i/ur badkaret/duschen de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

A14. Hur svårt har du haft att sitta på en stol med ditt skadade knä böjt de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt





A16. Hur svårt har du haft att bära tunga väskor, ryggsäck eller liknande de senaste 7 dagarna?




Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

A17. Hur svårt har du haft att bädda sängen, städa ditt rum, plocka i/ur diskmaskin eller liknande de senaste 7 dagarna?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

SVÅRIGHETER VID LEK OCH IDROTT

<p>SP1. Hur svårt har du haft att gå ner på huk när du har lekt eller idrottat under de senaste 7 dagarna?</p> <p>Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>SP2. Hur svårt har du haft att springa när du har lekt eller idrottat under de senaste 7 dagarna?</p> <p>Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>SP3. Hur svårt har du haft att hoppa när du har lekt eller idrottat under de senaste 7 dagarna?</p> <p>Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>SP4. Hur svårt har du haft att snurra/vrida på det skadade knät när du har lekt eller idrottat under de senaste 7 dagarna?</p> <p>Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

<p>SP5. Hur svårt har du haft att sitta på knä under de senaste 7 dagarna?</p> <p>Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>SPN6. Hur svårt har du haft att hålla balansen när du har gått/sprungit på ojämn mark de senaste 7 dagarna?</p> <p>Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>SPN7. Hur svårt har du haft att vara med på sportaktiviteter på grund av din knäskada under de senaste 7 dagarna?</p> <p>Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

HUR HAR DIN KNÄSKADA PÅVERKAT DITT LIV?

Q1. Hur ofta tänker du på ditt skadade knä?

Aldrig Sällan Ibland Ofta Hela tiden

Q2. Hur mycket har du ändrat ditt sätt att leva på grund av ditt skadade knä?

Inte alls Lite Ganska Mycket Våldigt mycket

Q3. Hur mycket kan du lita på ditt skadade knä?

Helt och hållet Mycket Ganska Lite Inte alls

Q4. Hur mycket problem har du med ditt skadade knä över huvudetaget?

Inga alls Små Mittemellan Stora Mycket stora

QN5. Hur svårt har du haft att ta dig till eller runt i skolan (gå i trappor, öppna dörrar, bära böcker, vara med på rasten) på grund av ditt skadade knä?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

QN6. Hur svårt har du haft att göra saker med vänner på grund av ditt skadade knä?

Inte alls svårt Lite Ganska Mycket Extremt svårt

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