

KOOS-PS

QUESTIONÁRIO SOBRE O JOELHO

Data de hoje: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____

Este questionário pergunta sua opinião sobre os seus joelhos. Essas informações nos ajudarão a rastrear o quão bem você é capaz de realizar diferentes atividades. Responda cada questão marcando o quadrado apropriado, somente um quadrado por questão.

Se você não tiver certeza sobre como responder alguma questão, por favor, escolha a melhor resposta que você puder, de forma que você responda todas as questões. As questões seguintes referem-se ao seu nível de função ao realizar atividades diárias e atividades com maior nível de dificuldade.

Para cada uma das atividades seguintes, por favor, indique o grau de dificuldade que você experimentou na última semana devido ao seu problema no joelho.

1. Levantar-se da cama

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Vestir as meias ou meias-calças

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Levantar-se de uma posição sentada

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Agachar/abaixar para pegar um objeto

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Girar/mudar de direção sobre o seu joelho machucado

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ajoelhar-se

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ficar de cócoras

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>