

KOOS-PS

घुटने का सर्वेक्षण

आज कि तिथि : ____ / ____ / ____

रोगी की जन्म तिथि : ____ / ____ / ____

रोगी का नाम : _____

निर्देश यह सर्वेक्षण आप के घुटने के बारे में आप के विचार पुछता है। यह जानकारी हमें यह जानने में मदद करेगी की आप कितने अच्चे से विभिन्न गतिविधियों कर सकते हैं।

प्रत्येक प्रश्न का किसी भी एक उपयुक्त खाने में चिन्ह लगाकर का उत्तर दे। यदि आप प्रश्न के उत्तर करने में अनिश्चित है तो जो सबसे सही उत्तर लगे वो दे ताकि आप सभी प्रश्नों के उत्तर दे।

निम्नलिखित प्रश्न आपके शारीरिक कार्य के स्तर से सम्बंधित है जब आप दिन प्रतिदिन की गतिविधियों या अधिक स्तर पर शारीरिक कार्य करते है। पिछले सप्ताह घुटने में दर्द के कारण प्रत्येक निम्न गतिविधियों को करने में किस मात्रा में कठिनाई महसूस हुई उसके हिसाब से उत्तर दे?

1. बिस्तर से उठने पर

बिलकुल नहीं	हल्का	मध्यम	अधिक	बहुत अधिक
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. जुराब पहनते हुए

बिलकुल नहीं	हल्का	मध्यम	अधिक	बहुत अधिक
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. बैठने से उठने पर

बिलकुल नहीं	हल्का	मध्यम	अधिक	बहुत अधिक
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. फर्श की तरफ झुकना या वस्तु उठाना

बिलकुल नहीं	हल्का	मध्यम	अधिक	बहुत अधिक
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. घायल घुटने के केन्द्रबिंदू से घुमाना या मोड़ना जैसे बिना पैर हिलाए घायल घुटने को मध्य से घुमाना या मोड़ना

बिलकुल नहीं	हल्का	मध्यम	अधिक	बहुत अधिक
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. घुटना टेक कर बैठने पर

बिलकुल नहीं	हल्का	मध्यम	अधिक	बहुत अधिक
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. उकडु होने पर

बिलकुल नहीं	हल्का	मध्यम	अधिक	बहुत अधिक
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>