

KOOS

Frågeformulär för knäpatienter

DATUM: _____ PERSONNUMMER: _____

NAMN: _____

INSTRUKTIONER: Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på ditt knä. Informationen ska hjälpa till att följa hur Du mår och fungerar i ditt dagliga liv.

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.

Symptom

Tänk på de **symptom** Du haft från ditt knä under den **senaste veckan** när Du besvarar dessa frågor.

S1. Har knät varit svullet?

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

S2. Har Du känt att det maler i knät eller hör Du klickande eller andra ljud från knät?

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

S3. Har knät hakat upp sig eller låst sig?

Aldrig Sällan Ibland Ofta Alltid

S4. Har Du kunnat sträcka knät helt?

Alltid Ofta Ibland Sällan Aldrig

S5. Har Du kunnat böja knät helt?

Alltid Ofta Ibland Sällan Aldrig

Stelhet

Följande frågor rör **ledstelhet**. Ledstelhet innebär svårighet att komma igång eller ökat motstånd då Du böjer eller sträcker i knät. Markera graden av ledstelhet Du har upplevt i ditt knä den **senaste veckan**.

S6. Hur stelt har ditt knä varit när Du just har vaknat på morgonen?

Inte alls Något Måttligt Mycket Extremt

S7. Hur stelt har ditt knä varit efter att Du har suttit eller legat och vilat **senare under dagen**?

Inte alls Något Måttligt Mycket Extremt

Smärta

P1. 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?

P2. Snurra/vrida på belastat knä

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Sträcka knät helt

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Böja knät helt

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. 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"/>

P6. 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"/>

P7. Under natten i sängläge (smärta som stör sömnen)

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Sittande eller liggande

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Stående

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.

A1. Gå nerför trappor

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

A2. Gå uppför trappor

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

A3. 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"/>

Ange graden av svårighet Du upplevt med varje aktivitet den senaste veckan.

A4. Stå stilla

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

A5. Böja Dig, t ex för att plocka upp ett föremål från golvet

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

A6. Gå på jämnt underlag

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

A7. 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"/>

A8. Handla/göra inköp

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

A9. Ta på strumpor

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

A10. Stiga ur sängen

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

A11. Ta av strumpor

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

A12. Ligga i sängen (vända dig, hålla knät i samma läge under lång tid)

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

A13. Stiga i och ur badkar/dusch

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

A14. Sitta

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

A15. Sätta dig och resa dig från toalettstol

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

A16. Utföra tungt hushållsarbete (snöskottning, golvtvätt, dammsugning etc)

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

A17. Utföra lätt hushållsarbete (matlagning, damning etc)

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

Funktion, fritid och idrott

Följande frågor rör Din fysiska förmåga. Ange graden av svårighet Du upplevt den senaste veckan vid följande aktiviteter på grund av dina knäbesvär.

SP1. Sitta på huk

Ingen Lätt Måttlig Stor Mycket stor

SP2. Springa

Ingen Lätt Måttlig Stor Mycket stor

SP3. Hoppa

Ingen Lätt Måttlig Stor Mycket stor

SP4. Vrida/snurra på belastat knä

Ingen Lätt Måttlig Stor Mycket stor

SP5. Ligga på knä

Ingen Lätt Måttlig Stor Mycket stor

Livskvalité**Q1. Hur ofta gör sig Ditt knä påmint?**

Aldrig Varje månad Varje vecka Varje dag Alltid

Q2. Har Du förändrat Ditt sätt att leva för att undvika att påfresta knät?

Inte alls Något Måttligt I stor utsträckning Totalt

Q3. I hur stor utsträckning kan Du lita på Ditt knä?

Helt och hållet I stor utsträckning Måttligt Till viss del Inte alls

Q4. 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!