

HOOS

Spørreskjema for personer med hofteplager

DATO: _____ PERSONNUMMER: _____

NAVN: _____

Instruksjoner: Dette skjemaet inneholder spørsmål om hoften din. Informasjonen skal bidra til å følge opp hvordan du har det og hvordan du fungerer i ditt dagligliv.

Sett kryss ved det alternativet du mener stemmer best (ett alternativ for hvert spørsmål). Dersom du er usikker, kryss allikevel ved det alternativet som føles mest riktig.

Generelle symptomer, inkludert stivhet

Når du besvarer disse spørsmålene, tenk på de vanlige symptomene som du har kjent fra hoften i løpet av den siste uken.

1._{s2} Kjenner du gnissing (eller skuring), hører klikking eller andre lyder fra hoften?

Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2._{s10} Hvor vanskelig synes du synes du det er å føre bena langt fra hverandre?

Ikke	Litt	Middels	Vanskelig	Svært vanskelig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3._{s11} Har du opplevd at det er vanskelig å skritte ut når du går?

Nei	Litt	Middels	Vanskelig	Svært vanskelig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Leddstivhet betyr vanskeligheter med å komme i gang eller øket motstand ved bevegelser. Angi den grad av hofteleddsstivhet du har opplevd i løpet av den siste uken.

4._{s6} Hvor stiv har hoften din vært når du har våknet om morgenen?

Ikke	Litt	Middels	Veldig	Ekstremt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5._{s7} Hvor stiv har hoften din vært når du har sittet eller ligget og hvilt i løpet av dagen?

Ikke	Litt	Middels	Veldig	Ekstremt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Smerte/verking/ubehag

6._{p1} Hvor ofte har du hoftesmerter?

Aldri	Hver måned	Hver uke	Hver dag	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Følgende spørsmål angår hoftesmertene som du eventuelt har opplevd den siste uken. Angi graden av smerte du har kjent ved følgende aktiviteter.

7._{p2} Snu på belastet ben

Ingen	Litt	Middels	Stor	Veldig stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8._{p5} Gå på jevnt underlag

Ingen	Litt	Middels	Stor	Veldig stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.p11. Gå på hardt underlag, som asfalt, betong

Ingen	Litt	Middels	Stor	Veldig stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.p12. Gå på ujevnt underlag

Ingen	Litt	Middels	Stor	Veldig stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.p6. Gå oppover eller nedover trapper

Ingen	Litt	Middels	Stor	Veldig stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.p9. Stående

Ingen	Litt	Middels	Stor	Veldig stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.p8. Sittende eller liggende

Ingen	Litt	Middels	Stor	Veldig stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.p7. I sengen om natten (smerte som forstyrrer søvnen)

Ingen	Litt	Middels	Stor	Veldig stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktivitetsbegrensninger i dagliglivet

Følgende spørsmål angår din aktivitetsbegrensning i dagliglivet. Angi vanskelighetsgraden du har opplevd i løpet av siste uken ved følgende aktiviteter på grunn av dine hofteplager.

15.a1. Gå nedover trapper

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16.a2. Gå oppover trapper

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17.a3. Reise deg opp fra sittende

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.a4. Stå stille

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19.a5. Bøye deg ned, eksempelvis for å plukke opp noe fra gulvet

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20.a6. Gå på jevnt underlag

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.a7. Komme inn og ut av bil

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22.^{a8}. Handle/gjøre innkjøp

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23.^{a9}. Ta på strømper

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24.^{a10}. Gå ut av sengen

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25.^{a11}. Ta av strømper

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26.^{a12}. Ligge i sengen (snu deg, holde hoften lenge i samme stilling)

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27.^{a13}. Komme opp i og ut av badekar/dusj

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28.^{a14}. Sitte

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29.^{a15}. Sette og reise deg fra toalettet

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30.^{a16}. Utføre tungt husarbeid (snømåking, gulvvask, støvsuging etc)

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31.^{a17}. Utføre lett husarbeid (matlaging, støvtørring etc)

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktivitetsbegrensninger, fritid og idrett

Følgende spørsmål angår dine aktivitetsbegrensninger. Angi den grad av vanskelighet du har opplevd siste uken ved følgende aktiviteter på grunn av dine hofteplager.

32.^{sp1}. Sitte på huk

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33.^{sp2}. Løpe

Ingen	Liten	Moderat	Høy	Ekstrem
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34.sp4. Snu om på belastet ben

Ingen Liten Moderat Høy Ekstrem

35.sp6. Gå på ujevnt underlag

Ingen Liten Moderat Høy Ekstrem

Livskvalitet

36.q1. Hvor ofte tenker du på hoften din?

Aldri Hver måned Hver uke Hver dag Alltid

37.q2. Hvor mye har du forandret din livsstil for å unngå å overbelaste hoften?

Ikke noe Litt Moderat Svært mye Totalt

38.q3. I hvor stor grad kan du stole på hoften din?

Fullstendig Stor Middels Noe Ikke

39.q4. Generelt sett, hvor store problemer har du med hoften?

Ingen Små Middels Store Svært store

Tusen takk for at du tok deg tid til å fylle ut hele skjemaet!