

Oxford Shoulder Instability Score (OSIS)

Ελληνική Έκδοση για την Ελλάδα

Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου παρακαλώ συμπληρώστε τα ακόλουθα:

Σημερινή ημερομηνία:

H	H	M	M	2	0				
				Ε	Τ	Ο	Σ		

Σε ποια πλευρά του σώματός σας είναι ο προσβεβλημένος ώμος, **για τον οποίο λαμβάνετε θεραπεία;**

Αριστερά

Δεξιά

Και οι δύο

Εάν είπατε 'και οι δύο', παρακαλώ συμπληρώστε το πρώτο ερωτηματολόγιο σκεπτόμενος/η τη δεξιά πλευρά. Ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο, για την αριστερή πλευρά, θα ακολουθήσει.

ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟΝ ΩΜΟ ΣΑΣ

Σημείωση. Δεν είναι κατάλληλο για μετεγχειρητικούς ασθενείς έως 6 μήνες.

Σημειώστε (✓) ένα κουτάκι για κάθε ερώτηση.

1. Τους τελευταίους 6 μήνες...

Πόσες φορές έφυγε από την άρθρωση ο ώμος σας (ή εξαρθρώθηκε);

Καθόλου τους τελευταίους 6 μήνες	1 ή 2 φορές τους τελευταίους 6 μήνες	1 ή 2 φορές το μήνα	1 ή 2 φορές τη βδομάδα	Πιο συχνά από 1 ή δυο φορές τη βδομάδα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Τους τελευταίους 3 μήνες...

Είχατε δυσκολία (ή ανησυχία) όταν φορούσατε ένα κοντομάνικο μπλουζάκι ή ένα πουλόβερ εξαιτίας του ώμου σας;

Καμία δυσκολία/ ανησυχία	Ελάχιστη δυσκολία ή ανησυχία	Μέτρια δυσκολία ή ανησυχία	Πάρα πολύ μεγάλη δυσκολία	Αδύνατον να το κάνω
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Τους τελευταίους 3 μήνες...

Πώς θα περιγράφατε το **χειρότερο** πόνο που είχατε από τον ώμο σας;

Καθόλου Πόνος	Ήπιος	Μέτριος	Έντονος	Ανυπόφορος
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Τους τελευταίους 3 μήνες...

Σε τι βαθμό το πρόβλημα με τον ώμο σας έχει επηρεάσει τη καθημερινή σας εργασία, (συμπεριλαμβανομένου του σχολείου, του πανεπιστημίου, ή της εργασίας στο σπίτι);

Καθόλου	Σε μικρό βαθμό	Σε μέτριο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Σε μέγιστο βαθμό
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Τους τελευταίους 3 μήνες...

Έχετε αποφύγει κάποιες δραστηριότητες εξαιτίας της ανησυχίας για τον ώμο σας – φοβούμενοι ότι μπορεί να βγεί από την άρθρωση;

Όχι, καθόλου	Πολύ περιστασιακά	Κάποιες μέρες	Τις περισσότερες μέρες ή περισσότερες από μία δραστηριότητες	Κάθε μέρα ή πολλές δραστηριότητες
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Τους τελευταίους 3 μήνες...

Το πρόβλημα με τον ώμο, σας εμπόδισε να κάνετε πράγματα που είναι σημαντικά για εσάς;

Όχι, καθόλου	Πολύ περιστασιακά	Κάποιες μέρες	Τις περισσότερες μέρες ή περισσότερες από μία δραστηριότητες	Κάθε μέρα ή πολλές δραστηριότητες
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Τους τελευταίους 3 μήνες...

Σε τι βαθμό το πρόβλημα με τον ώμο σας έχει επηρεάσει την κοινωνική σας ζωή; (συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής δραστηριότητας – αν υπάρχει)

Καθόλου	Περιστασιακά	Μερικές μέρες	Τις περισσότερες μέρες	Κάθε μέρα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Τις τελευταίες 4 βδομάδες...

Σε τι βαθμό το πρόβλημα με τον ώμο σας έχει επηρεάσει τις αθλητικές σας δραστηριότητες ή τα χόμπι σας;

Καθόλου	Ελάχιστα/ περιστασιακά	Κάποιες φορές	Τις περισσότερες φορές	Συνέχεια
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Τις τελευταίες 4 βδομάδες...

Πόσο συχνά είχατε 'στο μυαλό σας' τον ώμο σας – πόσο συχνά τον σκεφτόσασταν;

Ποτέ, ή μόνο αν κάποιος ρωτά	Περιστασιακά	Κάποιες μέρες	Τις περισσότερες μέρες	Κάθε μέρα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Τις τελευταίες 4 βδομάδες...

Σε τι βαθμό το πρόβλημα με τον ώμο σας έχει επηρεάσει την ικανότητά σας – ή την επιθυμία σας – να σηκώσετε βαριά αντικείμενα;

Καθόλου	Περιστασιακά	Μερικές μέρες	Τις περισσότερες μέρες	Κάθε μέρα
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Τις τελευταίες 4 βδομάδες...

Πώς θα περιγράφατε τον πόνο που συνήθως είχατε από τον ώμο σας;

Καθόλου
πόνος

Πολύ ήπιος

Ήπιος

Μέτριος

Έντονος

12. Τις τελευταίες 4 βδομάδες...

Αποφεύγατε να ξαπλώσετε σε κάποιες θέσεις, στο κρεβάτι τη νύχτα, εξαιτίας του ώμου σας;

Καμία νύχτα

Μόνο 1-2
νύχτες

Μερικές
νύχτες

Τις
περισσότερες
νύχτες

Κάθε νύχτα

Τέλος, παρακαλώ ελέγξτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις.

Ευχαριστώ πάρα πολύ.