

## Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Γόνατος κατά Oxford (Αναθεωρημένο) (Ελληνική Έκδοση)

<u>Στοιχεία ασθενή</u> Όνοματεπώνυμο:		Ημερομηνία	
Ημ. γέννησης:		Όνομα Ιατρού	
Διεύθυνση: Τηλέφωνο:		Βαθμολογία	

### ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Σκοπός αυτού του ερωτηματολογίου είναι να βοηθήσει στην αξιολόγηση της επίπτωσης που είχε ο πόνος στο γόνατο σας στην καθημερινή σας ζωή τις τελευταίες τέσσερις εβδομάδες. Η βαθμολογία θα είναι μια από τις πολλές διαφορετικές παραμέτρους που θα λάβει υπ'όψιν ο θεράπων ιατρός σας πριν συζητήσει μαζί σας τα επόμενα βήματα για την αντιμετώπιση του προβλήματος σας.

Παρακαλώ, απαντήστε τις πιο κάτω ερωτήσεις και φέρτε μαζί σας το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στο επόμενο ραντεβού με τον ιατρό σας.

Οι ακόλουθες ερωτήσεις πρέπει να απαντηθούν **ΟΛΕΣ**, σύμφωνα με τα συμπτώματα σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

1. Πως θα περιγράφατε τον πόνο που συνήθως έχετε στο γόνατο σας;

Καθόλου πόνος	Πολύ ήπιος	Ήπιος	Μέτριος	Έντονος
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

2. Για πόσο χρόνο ήσασταν σε θέση να περπατήσετε πριν ο πόνος στο γόνατο γίνει έντονος (με ή χωρίς βοήθεια, π.χ. με περπατούρα ή μαστούνι);

Καθόλου πόνος για 30 λεπτά ή και παραπάνω	16-30 λεπτά	5-15 λεπτά	Γύρω από το σπίτι μόνο	Καθόλου
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

3. Μετά από ένα γεύμα ( καθισμένος/η στο τραπέζι), πόσο επώδυνο ήταν για εσάς να σηκωθείτε όρθιος/α από την καρέκλα εξαιτίας του γόνατος σας;

Καθόλου επώδυνο	Ελαφρά επώδυνο	Μέτρια επώδυνο	Πολύ επώδυνο	Ανυπόφορο
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

4. Ο πόνος στο γόνατο, σας ενόχλησε κατά τη διάρκεια της νύχτας στο κρεβάτι;

Καμία νύχτα	Μόνο 1-2 νύχτες	Μερικές νύχτες	Τις περισσότερες νύχτες	Κάθε νύχτα
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

5. Σε τι βαθμό ο πόνος στο γόνατο σας έχει επηρεάσει τη καθημερινή σας εργασία, συμπεριλαμβανομένης και της εργασίας στο σπίτι (π.χ. οικιακά);

Καθόλου	Σε μικρό βαθμό	Σε μέτριο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Σε μέγιστο βαθμό
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

6. Μπορούσατε να κατέβετε έναν όροφο με τις σκάλες;

Ναι, εύκολα	Με λίγη δυσκολία	Με πολύ δυσκολία	Με πάρα πολύ δυσκολία	Όχι αδύνατον να το κάνω
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

7. Είχατε δυσκολία στην βάρδια (κουτσαίνετε) εξαιτίας του γόνατος σας;

Σπάνια / Ποτέ	Μερικές φορές ή μόνο στην αρχή	Συχνά, όχι μόνο στην αρχή	Τις περισσότερες φορές	Συνέχεια
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

8. Είχατε νιώσει το γόνατο σας να «φεύγει» ή να μην σας κρατάει;

Σπάνια / Ποτέ	Μερικές φορές ή μόνο στην αρχή	Συχνά, όχι μόνο στην αρχή	Τις περισσότερες φορές	Συνέχεια
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

9. Μπορούσατε να γονατίσετε και μετά να σηκωθείτε όρθιος/α;

Ναι εύκολα	Με λίγη δυσκολία ή καθόλου δυσκολία	Με πολύ δυσκολία	Με πάρα πολύ δυσκολία	Όχι αδύνατον να το κάνω
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

10. Είχατε δυσκολία να κάνετε μπάνιο ή να σκουπιστείτε μετά, εξαιτίας του γόνατος σας;

Καμία δυσκολία	Ελάχιστη δυσκολία	Μέτρια δυσκολία	Πάρα πολύ μεγάλη δυσκολία	Αδύνατον να το κάνω
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

11. Είχατε δυσκολία να μπείτε και να βγείτε από το αυτοκίνητο ή άλλο μέσο μεταφοράς, εξαιτίας του γόνατος σας;

Καμία δυσκολία	Ελάχιστη δυσκολία	Μέτρια δυσκολία	Πάρα πολύ μεγάλη δυσκολία	Αδύνατον να το κάνω
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>

12. Μπορούσατε να κάνετε τα ψώνια του σπιτιού σας μόνος/ η σας;

Ναι εύκολα	Με λίγο ή καθόλου δυσκολία	Με μέτρια δυσκολία	Με εξαιρετική δυσκολία	Όχι, αδύνατον
0 <input type="text"/>	1 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	4 <input type="text"/>