



13390

OXFORD - EVALUERING AV KNE

Sett merket ● i EN rute for hvert spørsmål

Pasientens ID-nummer:

Sykehus:

FØR OPERASJONEN

ETTER OPERASJONEN

N/A

6 Uker

3 Må neder

6 Må neder

1 År

3 År

5 År

10 År

15 År

Annet spesifiser

År:

Må neder:

PROBLEMER MED KNEET DITT

VENSTRE KNE

HØYRE KNE

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q1 Hvordan ville du beskrive smerten du vanligvis kjente fra kneet?

Ingen

Veldig mild

Mild

Moderat

Sterk

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q2 Har du hatt noe problem med å vaske eller tørke deg selv (over hele) på grunn av kneet ditt?

Ikke noe problem i det hele tatt

Veldig lite problem

Moderat problem

Veldig vanskelig

Umulig å gjøre

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q3 Har du hatt noe problem med å komme inn og ut av en bil på grunn av kneet ditt?

Ikke noe problem i det hele tatt

Veldig lite problem

Moderat problem

Veldig vanskelig

Umulig å gjøre

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q4 Kunne du foreta husholdningsinnkjøp alene?

Ja, lett

Med litt vanskelighet

Med moderat vanskelighet

Med stor vanskelighet

Nei, umulig

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q5 Kunne du bøye knærne for å bruke et vanlig feiebrett og kost og komme opp igjen etterpå?

Ja, lett

Med litt vanskelighet

Med moderat vanskelighet

Med stor vanskelighet

Nei, umulig

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q6 Hvor lenge kunne du gå, med eller uten hjelp (f.eks. en stokk) før smerten fra kneet ditt ble sterk?

Mer enn 30 minutter

16 til 30 minutter

5 til 15 minutter

Bare rundt i huset

Ikke i det hele tatt

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q7 Har du kunnet gå opp en trapp?

Ja, lett

Med litt vanskelighet

Med moderat vanskelighet

Med stor vanskelighet

Nei, umulig

Vennligst gå til spørsmål 1



13390

OXFORD - EVALUERING AV KNE

Sett merket ● i EN rute for hvert spørsmål i

Del 2

Pasientens ID-nummer: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	Sykehus: <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
---	--

FØR OPERASJONEN <input type="radio"/>		ETTER OPERASJONEN <input type="radio"/>	
N/A <input type="radio"/>	6 Uker <input type="radio"/>	3 Må neder <input type="radio"/>	6 Må neder <input type="radio"/>
1 År <input type="radio"/>	3 År <input type="radio"/>	Annet spesifiser <input type="radio"/>	
5 År <input type="radio"/>	10 År <input type="radio"/>	15 År <input type="radio"/>	År: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Må neder: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

PROBLEMER MED KNEET DITT	
VENSTRE KNE <input type="radio"/>	HØYRE KNE <input type="radio"/>

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q8 Etter et måltid (sittende ved et bord), hvor smertefullt har det vært for deg å reise deg opp på grunn av kneet ditt?

Ikke i det hele tatt smertefullt <input type="radio"/>	Litt smertefullt <input type="radio"/>	Moderat smertefullt <input type="radio"/>	Veldig av smerten <input type="radio"/>	Umulig på grunn av smerten <input type="radio"/>
--	--	---	---	--

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q9 Har du haltet når du har gått på grunn av kneet ditt?

Sjeldent/aldri <input type="radio"/>	Noen ganger, eller bare i begynnelsen <input type="radio"/>	Ofte, ikke bare i begynnelsen <input type="radio"/>	For det meste <input type="radio"/>	Hele tiden <input type="radio"/>
--------------------------------------	---	---	-------------------------------------	----------------------------------

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q10 Har du følt at kneet ditt plutselig kunne "gi seg" og svikte deg?

Sjeldent/aldri <input type="radio"/>	Noen ganger, eller bare i begynnelsen <input type="radio"/>	Ofte, ikke bare i begynnelsen <input type="radio"/>	For det meste <input type="radio"/>	Hele tiden <input type="radio"/>
--------------------------------------	---	---	-------------------------------------	----------------------------------

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q11 Hvor mye har smerte fra kneet ditt hemmet det vanlige arbeidet ditt? (inkludert husarbeid)

Ikke i det hele tatt <input type="radio"/>	Litt <input type="radio"/>	Moderat <input type="radio"/>	Mye <input type="radio"/>	Fullstendig <input type="radio"/>
--	----------------------------	-------------------------------	---------------------------	-----------------------------------

I LØPET AV DE SISTE 4 UKENE

Q12 Hvor ofte har du vært plaget av smerte fra kneet ditt i sengen om natten?

Ingen netter <input type="radio"/>	Bare 1 eller 2 netter <input type="radio"/>	Noen netter <input type="radio"/>	De fleste nettene <input type="radio"/>	Hver natt <input type="radio"/>
------------------------------------	---	-----------------------------------	---	---------------------------------

OG TIL SLUTT: BARE ETTER OPERASJONEN

Har du hatt noen flere operasjoner på dette kneet? Ja Nei

Hvis ja: Når og hvor: / / (d/m/a) Sykehus:

Ble kneet erstattet? Ja Nei

DATE: / / (d/m/a)

Signature _____

MANGE TAKK FOR HJELPEN