

HOOS

Spørgeskema til patienter med hofteproblemer

Dato: _____ CPR-nummer: _____

Navn _____

Vejledning: Dette spørgeskema indeholder spørgsmål om, hvordan din hofte fungerer. Svarene skal hjælpe os til at følge med i hvordan du har det, og hvor godt du klarer dig i hverdagen. Du skal besvare spørgsmålene ved at sætte kryds i de svar, der passer bedst på dig. Du må kun sætte ét kryds ved hvert spørgsmål. Du skal besvare ALLE spørgsmål. Hvis du er i tvivl om hvad du skal svare, er det vigtigt at du alligevel sætter kryds i den svar-boks, der føles mest rigtig.

Symptomer

Tænk på de **symptomer** og det besvær du har haft i forhold til din hofte i løbet af **den sidste uge**, når du besvarer de næste spørgsmål.

- S1 Har du murren i hoften, hørt klik eller andre lyde fra hoften?
Aldrig Sjældent Ind imellem Ofte Altid
- S2 Har du problemer med at få benene langt ud til siden?
Ingen Lette Moderate Store Meget store
- S3 Har du problemer med at tage skridtet fuldt ud, når du går?
Ingen Lette Moderate Store Meget store

Stivhed

Følgende spørgsmål handler om **stivhed i hofteleddet**. Stivhed medfører besvær med at komme i gang eller øget modstand, når du bevæger hoften. **Angiv i hvor høj grad du har oplevet stivhed i hoften i løbet af den sidste uge.**

- S4 Hvor stiv er du i din hofte, når du lige er vågnet om morgenen?
Slet ikke Lidt Moderat Meget Ekstremt
- S5 Hvor stiv er du i din hofte **senere på dagen**, efter at du har siddet eller ligget og hvilet?
Slet ikke Lidt Moderat Meget Ekstremt

Smerter

- P1 Hvor ofte har du ondt i hoften?
Aldrig Hver måned Hver uge Hver dag Altid

Følgende spørgsmål handler om hvor mange smerter du har haft i hoften i løbet af **den sidste uge**. **Angiv graden af smerter du har oplevet i følgende situationer?**

- | | | | | | | |
|-----|---|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| P2 | Rette hoften helt ud | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stærk
<input type="checkbox"/> | Meget stærk
<input type="checkbox"/> |
| P3 | Bøje hoften helt | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stærk
<input type="checkbox"/> | Meget stærk
<input type="checkbox"/> |
| P4 | Gå på jævnt underlag | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stærk
<input type="checkbox"/> | Meget stærk
<input type="checkbox"/> |
| P5 | Gå op eller ned ad trapper | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stærk
<input type="checkbox"/> | Meget stærk
<input type="checkbox"/> |
| P6 | Om natten, når du ligger ned (smerter, som forstyrrer din søvn) | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stærk
<input type="checkbox"/> | Meget stærk
<input type="checkbox"/> |
| P7 | Sidde eller ligge | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stærk
<input type="checkbox"/> | Meget stærk
<input type="checkbox"/> |
| P8 | Stående | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stærk
<input type="checkbox"/> | Meget stærk
<input type="checkbox"/> |
| P9 | Gå på hårdt underlag, fx asfalt eller fliser | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stærk
<input type="checkbox"/> | Meget stærk
<input type="checkbox"/> |
| P10 | Gå på ujævnt underlag | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stærk
<input type="checkbox"/> | Meget stærk
<input type="checkbox"/> |

Fysisk funktion

Følgende spørgsmål handler om din fysiske funktion. **Angiv hvilken grad af besvær du har haft under følgende aktiviteter i løbet af den sidste uge, på grund af problemer med din hofte?**

- | | | | | | | |
|----|------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| A1 | Gå ned ad trapper | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A2 | Gå op ad trapper | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A3 | Rejse sig fra siddende | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |

Angiv hvilken grad af besvær du har haft under følgende aktiviteter i løbet af den sidste uge, på grund af problemer med din hofte?

- | | | | | | | |
|-----|---|-----------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|
| A4 | Stå stille | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A5 | Bøje sig ned, fx for at samle noget op fra gulvet | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A6 | Gå på jævnt underlag | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A7 | Stige ind/ud af en bil | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A8 | Handle ind/gå på indkøb | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A9 | Tage strømper på | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A10 | Stå ud af sengen | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A11 | Tage strømper af | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A12 | Ligge i sengen (vende sig eller have hofte i samme stilling i lang tid) | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A13 | Stige ind og ud af brusebad/badekar | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A14 | Sidde | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A15 | Sætte sig og rejse sig fra toilettet | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A16 | Udføre tungt husarbejde (vaske gulv, støvsuge, bære øl/sodavandskasser o.lign.) | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |
| A17 | Udføre let husarbejde (lave mad, tørre støv af o.lign.) | Ingen
<input type="checkbox"/> | Let
<input type="checkbox"/> | Moderat
<input type="checkbox"/> | Stor
<input type="checkbox"/> | Meget stor
<input type="checkbox"/> |

Funktion, sport og fritid

Følgende spørgsmål handler om din fysiske formåen. **Angiv hvilken grad af besvær du har haft under følgende aktiviteter i løbet af den sidste uge, på grund af problemer med din hofte?**

SP1 Sidde på hug

Ingen Let Moderat Stor Meget stor

SP2 Løbe

Ingen Let Moderat Stor Meget stor

SP3 Vride/dreje kroppen, når du står på benet

Ingen Let Moderat Stor Meget stor

SP4 Gå på ujævnt underlag

Ingen Let Moderat Stor Meget stor

Livskvalitet

Q1 Hvor ofte bliver du mindet om dine problemer med hofte?

Aldrig Hver måned Hver uge Hver dag Altid

Q2 Har du ændret din måde at leve på for at undgå at belaste hofte?

Slet ikke Noget Moderat I stor udstrækning Totalt

Q3 I hvor høj grad kan du stole på din hofte?

Fuldt ud I stor udstrækning Moderat Til en vis grad Slet ikke

Q4 Hvor store problemer har du generelt med din hofte?

Ingen Små Moderate Store Meget store

Tak for at du har besvaret ALLE spørgsmål!