

# FAOS

## Frågeformulär för patienter med fot- och fotledsbesvär

DATUM: \_\_\_\_\_ PERSONNUMMER: \_\_\_\_\_

NAMN: \_\_\_\_\_

**INSTRUKTIONER:** Detta formulär innehåller frågor om hur Du ser på din fot / fotled. Informationen ska hjälpa till att följa hur Du mår och fungerar i ditt dagliga liv. Besvara frågorna genom att kryssa för det alternativ Du tycker stämmer bäst in på dig (ett alternativ för varje fråga). Om Du är osäker, kryssa ändå för det alternativ som känns riktigast.

### Symptom

Tänk på de **symptom** Du haft från din fot / fotled under den **senaste veckan** när Du besvarar dessa frågor.

S1. Har foten / fotleden varit svullen?

Aldrig  Sällan  Ibland  Ofta  Alltid

S2. Har Du känt att det maler i foten / fotleden eller hör Du klickande eller andra ljud från foten / fotleden?

Aldrig  Sällan  Ibland  Ofta  Alltid

S3. Har foten / fotleden hakat upp sig eller låst sig?

Aldrig  Sällan  Ibland  Ofta  Alltid

S4. Har Du kunnat sträcka vristen / fotleden helt?

Alltid  Ofta  Ibland  Sällan  Aldrig

S5. Har Du kunnat böja vristen / fotleden helt?

Alltid  Ofta  Ibland  Sällan  Aldrig

### Stelhet

Följande frågor rör **stelhet**. Stelhet innebär svårighet att komma igång eller ökat motstånd. Markera graden av stelhet Du har upplevt i din fot / fotled den **senaste veckan**.

S6. Hur stel har din fot / fotled varit när Du just har vaknat på morgonen?

Inte alls  Något  Måttligt  Mycket  Extremt

S7. Hur stelt har din fot / fotled varit efter att Du har suttit eller legat och vilat **senare under dagen**?

Inte alls  Något  Måttligt  Mycket  Extremt

**Smärta**

P1. Hur ofta har Du ont i foten / fotleden?

Aldrig	Varje månad	Varje vecka	Varje dag	Alltid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vilken grad av smärta har Du känt i din fot / fotled den **senaste veckan** under följande aktiviteter?

P2. Snurra/vrida på belastad fot

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Sträcka vristen / fotleden helt

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Böja vristen / fotleden helt

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Gå på jämnt underlag

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. Gå upp eller ner för trappor

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Under natten i sängläge (smärta som stör sömnen)

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Sittande eller liggande

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Stående

Ingen	Lätt	Måttlig	Svår	Mycket svår
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Funktion, dagliga livet**

Följande frågor rör Din fysiska förmåga. **Ange graden av svårighet Du upplevt den senaste veckan vid följande aktiviteter på grund av dina fot / fotledsbesvär.**

A1. Gå nerför trappor

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Gå uppför trappor

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3. Resa dig upp från sittande

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange graden av **svårighet** Du upplevt med varje aktivitet den **senaste veckan**.

## A4. Stå stilla

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A5. Böja Dig, t ex för att plocka upp ett föremål från golvet

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A6. Gå på jämnt underlag

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A7. Stiga i/ur bil

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A8. Handla/göra inköp

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A9. Ta på strumpor

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A10. Stiga ur sängen

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A11. Ta av strumpor

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A12. Ligga i sängen (vända dig, hålla foten i samma läge under lång tid)

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A13. Stiga i och ur badkar/dusch

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A14. Sitta

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A15. Sätta dig och resa dig från toalettstol

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A16. Utföra tungt hushållsarbete (snöskottning, golvtvätt, dammsugning etc)

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## A17. Utföra lätt hushållsarbete (matlagning, damning etc)

Ingen	Lätt	Måttlig	Stor	Mycket stor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Funktion, fritid och idrott**

Följande frågor rör Din fysiska förmåga. **Ange graden av svårighet Du upplevt den senaste veckan vid följande aktiviteter på grund av dina fot / fotledsbesvär.**

SP1. Sitta på huk

Ingen                      Lätt                      Måttlig                      Stor                      Mycket stor  
                                                                                       

SP2. Springa

Ingen                      Lätt                      Måttlig                      Stor                      Mycket stor  
                                                                                       

SP3. Hoppa

Ingen                      Lätt                      Måttlig                      Stor                      Mycket stor  
                                                                                       

SP4. Vrida/snurra på belastad fot / fotled

Ingen                      Lätt                      Måttlig                      Stor                      Mycket stor  
                                                                                       

SP5. Ligga på knä

Ingen                      Lätt                      Måttlig                      Stor                      Mycket stor  
                                                                                       

**Livskvalité**

Q1. Hur ofta gör sig Din fot / fotled påmind?

Aldrig                      Varje månad                      Varje vecka                      Varje dag                      Alltid  
                                                                                       

Q2. Har Du förändrat Ditt sätt att leva för att undvika att påfresta foten / fotleden?

Inte alls                      Något                      Måttligt                      I stor utsträckning                      Totalt  
                                                                                       

Q3. I hur stor utsträckning kan Du lita på Din fot / fotled?

Helt och hållet                      I stor utsträckning                      Måttligt                      Till viss del                      Inte alls  
                                                                                       

Q4. Hur stora problem har Du med foten / fotleden generellt sett?

Inga                      Små                      Måttliga                      Stora                      Mycket stora  
                                                                                       

**Tack för att Du tagit dig tid att besvara samtliga frågor!**