

The KOOS patellofemoral subscale – KOOS-PF

Portuguese version

Aiming to translate and validate the Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score for patellofemoral pain and osteoarthritis (KOOS-PF) to Portuguese, the original English version was translated into Portuguese by two translators independently. The two Portuguese versions were compared and consolidated into a consensus Portuguese version. Then, two other independent translators, with no previous knowledge of the original KOOS-PF translated the consensus Portuguese version back into English. An expert committee audited the original and back-translated versions to resolve any discrepancies and to develop a final version of KOOS-PF Portuguese. The final version will be applied to patients with patellofemoral alterations to verify clarity and measurement properties of the questionnaire.

For information on the Portuguese version please contact

Guilherme S. Nunes, PT, MS, PhD candidate
Federal University of São Carlos, São Carlos, Brazil
La Trobe University, Melbourne, Australia
Email: nunesguilherme@live.com

October 16, 2017

KOOS subescala Patelofemoral (KOOS-PF)

Data de hoje: _____ Data de nascimento: _____

Nome: _____

Este questionário pede tua opinião sobre teu joelho. Estas informações nos ajudarão a acompanhar como você se sente com relação ao teu joelho e quão bem você é capaz de fazer tuas atividades normais.

Por favor, responda todas as questões marcando a opção apropriada, apenas uma resposta por questão.

Se você não tiver certeza de como responder a pergunta, por favor de a melhor resposta que puder.

Rigidez

A questão a seguir diz respeito ao nível de rigidez articular que você sentiu no teu joelho durante a **última semana**. Rigidez é a sensação de restrição ou lentidão no movimento do teu joelho.

PF1: Quão severa é a rigidez em teu joelho após exercícios?

Nenhuma

Leve

Moderada

Severa

Extrema

Dor

As questões a seguir dizem respeito a tua dor no joelho **durante a semana passada**.

PF2: Com que frequência você sentiu dor no joelho após uma atividade?

Nunca

Mensalmente

Semanalmente

Diariamente

Sempre

PF3: Com que frequência a dor limita tuas atividades?

Nunca

Mensalmente

Semanalmente

Diariamente

Sempre

Quanto de dor no joelho você sentiu na **última semana** durante as atividades a seguir?

- Por favor, de a melhor resposta que você conseguir, mesmo se você não tiver certeza sobre um item.
- Caso você não tenha feito alguma destas atividades por recomendação médica ou dor, por favor, marque a opção “Extrema”.

PF4: Levantar-se da posição sentada (incluindo sair do carro)

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PF5: Ajoelhado

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PF6: Agachar

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PF7: Atividades domésticas pesadas (incluindo carregar e levantar objetos)

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PF8: Pular (qualquer tipo de salto)

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PF9: Corrida (qualquer velocidade)

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PF10: Após atividades esportivas ou recreacionais

Nenhuma	Leve	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qualidade de vida

A questão a seguir diz respeito a tua qualidade de vida **durante a semana passada**.

PF11: Você modificou suas atividades esportivas ou recreacionais devido a tua dor no joelho?

Não	Levemente	Moderadamente	Severamente	Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>