

KOOS-PS

Scheda di valutazione soggettiva per lesioni legamentose e artrosi del ginocchio

Data: ____/____/____

Data di nascita: ____/____/____

Nome e Cognome: _____

ISTRUZIONI: Il presente questionario ha lo scopo di raccogliere informazioni in merito al suo punto di vista circa i problemi del suo ginocchio. Queste informazioni ci aiuteranno a registrare il livello con cui è in grado di svolgere diverse attività.

Risponda ad ogni domanda barrando la casella appropriata, una sola casella per ciascuna domanda. Se è indeciso sulla risposta da scegliere, fornisca per cortesia la migliore risposta possibile in modo da rispondere a tutte le domande.

Le seguenti domande riguardano le sue capacità fisiche durante lo svolgimento di attività della vita quotidiana, comuni e più impegnative. Per ognuna delle seguenti attività, indichi per cortesia il grado di difficoltà che ha incontrato durante la scorsa settimana a causa del problema al suo ginocchio.

1. Alzarsi dal letto

Nessuno	Lieve	Medio	Intenso	Molto intenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Indossare le calze

Nessuno	Lieve	Medio	Intenso	Molto intenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Alzarsi da seduto

Nessuno	Lieve	Medio	Intenso	Molto intenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Flettersi verso il pavimento/raccogliere un oggetto da terra

Nessuno	Lieve	Medio	Intenso	Molto intenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Torcere/fare perno sul ginocchio infortunato

Nessuno	Lieve	Medio	Intenso	Molto intenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Inginocchiarsi

Nessuno	Lieve	Medio	Intenso	Molto intenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Accovacciarsi

Nessuno	Lieve	Medio	Intenso	Molto intenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>