

Questionario per il paziente (Oxford Knee Score)

1/2

Dall'originale inglese di Dawson et al. 1998

Descriva i problemi al suo **ginocchio** nelle ultime quattro settimane, scegliendo un'affermazione per ogni domanda.

Durante le ultime quattro settimane:

1. Come descriverebbe il dolore che ha di solito al ginocchio?				
Nessuno	Molto lieve	Lieve	Discreto	Intenso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Ha avuto difficoltà a lavarsi e asciugarsi (in ogni parte del corpo) a causa del Suo ginocchio ?				
Nessuna difficoltà	Pochissima difficoltà	Un po' di difficoltà	Estrema difficoltà	Non ci sono riuscito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Ha avuto difficoltà a salire e scendere da un'automobile o a utilizzare un mezzo pubblico a causa del Suo ginocchio ?				
Nessuna difficoltà	Pochissima difficoltà	Un po' di difficoltà	Estrema difficoltà	Non ci sono riuscito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Per quanto tempo è riuscito a camminare, con o senza bastone, prima che il Suo dolore al ginocchio diventasse intenso ?				
Nessun dolore (più di 30 min.)	16-30 min.	5-15 min.	Soltanto in giro per casa	Per niente (dolore intenso quando cammino)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Dopo un pasto seduto a tavola, quanto è stato doloroso alzarsi dalla sedia a causa del Suo ginocchio ?				
Per niente doloroso	Lievemente doloroso	Un po' doloroso	Molto doloroso	Insoportabile
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Camminando, le è capitato di zoppiare a causa del Suo ginocchio ?				
Raramente / mai	Qualche volta o solo ai primi passi	Spesso, non solo ai primi passi	La maggior parte delle volte	Tutte le volte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionario per il paziente (Oxford Knee Score)

2/2

Descriva i problemi al suo **ginocchio** nelle ultime quattro settimane, scegliendo un'affermazione per ogni domanda.

Durante le ultime quattro settimane:

7. È riuscito a inginocchiarsi e poi ad alzarsi di nuovo?				
Sì, facilmente	Con poca difficoltà	Con discreta difficoltà	Con estrema difficoltà	Non ci sono riuscito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante la notte, a letto, è stato disturbato dal dolore al ginocchio ?				
Nemmeno una notte	Solo una o due notti	Qualche notte	La maggior parte delle notti	Ogni notte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Quanto ha interferito il Suo dolore al ginocchio con il Suo lavoro abituale, compreso il lavoro casalingo?				
Per nulla	Un po'	Discretamente	Molto	Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ha mai avuto la sensazione che il Suo ginocchio potesse improvvisamente "cedere" o non riuscisse a sostenerla?				
Raramente / mai	Qualche volta o solo ai primi passi	Spesso, non solo ai primi passi	La maggior parte delle volte	Tutte le volte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. È riuscito a fare le spese di casa autonomamente ?				
Sì, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con discreta difficoltà	Con estrema difficoltà	Non ci sono riuscito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. È riuscito a scendere una rampa di scale?				
Sì, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con discreta difficoltà	Con estrema difficoltà	Non ci sono riuscito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>