

Problem med ditt knä (Sida 1)

✓ Markera en ruta för varje fråga

Under de senaste fyra veckorna...

1	<p>Under de senaste fyra veckorna...</p> <p>Hur skulle Du beskriva den smärta Du <u>vanligtvis</u> har i Ditt knä?</p> <p>Ingen <input type="checkbox"/> Mycket lindrig <input type="checkbox"/> Lindrig <input type="checkbox"/> Måttlig <input type="checkbox"/> Svår <input type="checkbox"/></p>
2	<p>Under de senaste fyra veckorna...</p> <p>Har Du haft några problem med att tvätta Dig och torka Dig (hela kroppen) <u>på grund av Ditt knä</u>?</p> <p>Inga problem alls <input type="checkbox"/> Mycket lite problem <input type="checkbox"/> Måttliga problem <input type="checkbox"/> Mycket stora problem <input type="checkbox"/> Omöjligt att göra <input type="checkbox"/></p>
3	<p>Under de senaste fyra veckorna...</p> <p>Har Du haft något problem med att komma in i eller ut ur bil eller med att använda offentligt transportmedel (vilket Du nu tenderar att använda) <u>på grund av Ditt knä</u>?</p> <p>Inga problem alls <input type="checkbox"/> Mycket lite problem <input type="checkbox"/> Måttliga problem <input type="checkbox"/> Mycket stora problem <input type="checkbox"/> Omöjligt att göra <input type="checkbox"/></p>
4	<p>Under de senaste fyra veckorna...</p> <p>Hur länge har Du kunnat promenera innan <u>smärtan i Ditt knä</u> blivit svår? (Med eller utan käpp)?</p> <p>Ingen smärta/ >30 min <input type="checkbox"/> 16 till 30 min <input type="checkbox"/> 5 till 15 min <input type="checkbox"/> Endast runt huset <input type="checkbox"/> Inte alls - svår smärta direkt vid promenad <input type="checkbox"/></p>
5	<p>Under de senaste fyra veckorna...</p> <p>Efter en måltid (sittande till bords), hur smärtsamt har det varit för Dig att resa Dig upp från stolen <u>på grund av Ditt knä</u>?</p> <p>Inte smärtsamt alls <input type="checkbox"/> Lätt smärtsamt <input type="checkbox"/> Måttligt smärtsamt <input type="checkbox"/> Våldigt smärtsamt <input type="checkbox"/> Outhärdligt <input type="checkbox"/></p>
6	<p>Under de senaste fyra veckorna...</p> <p>Har Du haltat då Du promenerat <u>på grund av Ditt knä</u>?</p> <p>Sällan/ aldrig <input type="checkbox"/> Ibland eller endast i början <input type="checkbox"/> Ofta och inte bara i början <input type="checkbox"/> Merparten av tiden <input type="checkbox"/> Hela tiden <input type="checkbox"/></p>

✓ Markera en ruta för varje fråga

Under de senaste fyra veckorna...

7	<p><i>Under de senaste fyra veckorna...</i></p> <p>Kan Du sätta dig ner på huk och komma upp igen efteråt?</p> <table><tbody><tr><td>Ja, lätt</td><td>Med viss svårighet</td><td>Med måttlig svårighet</td><td>Med mycket stor svårighet</td><td>Nej, omöjligt</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Ja, lätt	Med viss svårighet	Med måttlig svårighet	Med mycket stor svårighet	Nej, omöjligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, lätt	Med viss svårighet	Med måttlig svårighet	Med mycket stor svårighet	Nej, omöjligt							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
8	<p><i>Under de senaste fyra veckorna...</i></p> <p>Har Du besvärats av <u>smärta i Ditt knä</u> då Du legat till sängs på natten?</p> <table><tbody><tr><td>Inga nätter</td><td>Bara 1 eller 2 nätter</td><td>Vissa nätter</td><td>De flesta nätter</td><td>Varje natt</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Inga nätter	Bara 1 eller 2 nätter	Vissa nätter	De flesta nätter	Varje natt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inga nätter	Bara 1 eller 2 nätter	Vissa nätter	De flesta nätter	Varje natt							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
9	<p><i>Under de senaste fyra veckorna...</i></p> <p>I vilken grad har <u>smärtan i Ditt knä</u> påverkat Ditt vanliga arbete (inklusive hushållsarbete)?</p> <table><tbody><tr><td>Inte alls</td><td>Lite grann</td><td>Måttligt</td><td>I hög grad</td><td>Fullständigt</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Inte alls	Lite grann	Måttligt	I hög grad	Fullständigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inte alls	Lite grann	Måttligt	I hög grad	Fullständigt							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
10	<p><i>Under de senaste fyra veckorna...</i></p> <p>Har det känts som om Ditt knä plötsligt skulle “vika sig” eller svika Dig?</p> <table><tbody><tr><td>Sällan/ aldrig</td><td>Ibland eller endast i början</td><td>Ofta och inte bara i början</td><td>Merparten av tiden</td><td>Hela tiden</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Sällan/ aldrig	Ibland eller endast i början	Ofta och inte bara i början	Merparten av tiden	Hela tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sällan/ aldrig	Ibland eller endast i början	Ofta och inte bara i början	Merparten av tiden	Hela tiden							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
11	<p><i>Under de senaste fyra veckorna...</i></p> <p>Kan Du handla det som behövs till hushållet <u>på egen hand</u>?</p> <table><tbody><tr><td>Ja, lätt</td><td>Med viss svårighet</td><td>Med måttlig svårighet</td><td>Med mycket stor svårighet</td><td>Nej, omöjligt</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Ja, lätt	Med viss svårighet	Med måttlig svårighet	Med mycket stor svårighet	Nej, omöjligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, lätt	Med viss svårighet	Med måttlig svårighet	Med mycket stor svårighet	Nej, omöjligt							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
12	<p><i>Under de senaste fyra veckorna...</i></p> <p>Kan Du gå nerför en trappa?</p> <table><tbody><tr><td>Ja, lätt</td><td>Med viss svårighet</td><td>Med måttlig svårighet</td><td>Med mycket stor svårighet</td><td>Nej, omöjligt</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table>	Ja, lätt	Med viss svårighet	Med måttlig svårighet	Med mycket stor svårighet	Nej, omöjligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, lätt	Med viss svårighet	Med måttlig svårighet	Med mycket stor svårighet	Nej, omöjligt							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							