

## HOOS-12

**Vejledning:** Dette spørgeskema indeholder spørgsmål om, hvordan din hofte fungerer. Svarene skal hjælpe os til at følge med i hvordan du har det, og hvor godt du klarer dig i hverdagen.

Du skal besvare spørgsmålene ved at sætte kryds i de svar, der passer bedst på dig. Du må kun sætte ét kryds ved hvert spørgsmål. Du skal besvare ALLE spørgsmål. Hvis du er i tvivl om hvad du skal svare, er det vigtigt at du alligevel sætter kryds i den svarboks, der føles mest rigtig.

| Smerter                                                                                                                                                                       |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1. Hvor ofte har du ondt i hoften?                                                                                                                                            | 0 Aldrig<br>1 Hver måned<br>2 Hver uge<br>3 Hver dag<br>4 Altid |
| <i>Følgende spørgsmål handler om hvor mange smerter du har haft i hoften i løbet af <b>den sidste uge</b>. Angiv graden af smerter du har oplevet i følgende situationer?</i> |                                                                 |
| 2. Gå på jævnt underlag                                                                                                                                                       | 0 Ingen<br>1 Let<br>2 Moderat<br>3 Stærk<br>4 Meget stærk       |
| 3. Gå op eller ned ad trapper                                                                                                                                                 | 0 Ingen<br>1 Let<br>2 Moderat<br>3 Stærk<br>4 Meget stærk       |
| 4. Sidde eller ligge                                                                                                                                                          | 0 Ingen<br>1 Let<br>2 Moderat<br>3 Stærk<br>4 Meget stærk       |

|                                                                                                                                                                                                |                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fysisk funktion</b>                                                                                                                                                                         |                                                                         |
| <i>Følgende spørgsmål handler om din fysiske funktion. Angiv hvilken grad af besvær du har haft under følgende aktiviteter i løbet af den sidste uge, på grund af problemer med din hofte?</i> |                                                                         |
| 5. Rejse sig fra siddende                                                                                                                                                                      | 0 Ingen<br>1 Let<br>2 Moderat<br>3 Stor<br>4 Meget stor                 |
| 6. Stå stille                                                                                                                                                                                  | 0 Ingen<br>1 Let<br>2 Moderat<br>3 Stor<br>4 Meget stor                 |
| 7. Stige ind/ud af en bil                                                                                                                                                                      | 0 Ingen<br>1 Let<br>2 Moderat<br>3 Stor<br>4 Meget stor                 |
| 8. Gå på ujævnt underlag                                                                                                                                                                       | 0 Ingen<br>1 Let<br>2 Moderat<br>3 Stor<br>4 Meget stor                 |
| <b>Livskvalitet</b>                                                                                                                                                                            |                                                                         |
| 9. Hvor ofte bliver du mindet om dine problemer med hoften?                                                                                                                                    | 0 Aldrig<br>1 Hver måned<br>2 Hver uge<br>3 Hver dag<br>4 Altid         |
| 10. Har du ændret din måde at leve på for at undgå at belaste hoften?                                                                                                                          | 0 Slet ikke<br>1 Noget<br>2 Moderat<br>3 I stor udstrækning<br>4 Totalt |

|                                                         |                                                                                     |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 11. I hvor høj grad kan du stole på din hofte?          | 0 Fuldt ud<br>1 I stor udstrækning<br>2 Moderat<br>3 Til en vis grad<br>4 Slet ikke |
| 12. Hvor store problemer har du generelt med din hofte? | 0 Ingen<br>1 Små<br>2 Moderate<br>3 Store<br>4 Meget store                          |