|  |
| --- |
| **Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)**  **Patient Completed** |

*ﻧﺎﻡ ﭘﺯﺷﮏ ....................................... ﻧﺎﻡ ﺑﻳﻣﺎﺭ.......................................*

*ﺗﺎﺭﻳﺦ ﺗﮑﻣﻳﻝ ﭘﺭﺳﺷﻧﺎﻣﻪ ....... ﺭﻭﺯ......../ ﻣﺎﻩ......./ﺳﺎﻝ ﺗﺎﺭﻳﺦ ﺗﻭﻟﺩ ﺑﻳﻣﺎﺭ....... ﺭﻭﺯ......../ ﻣﺎﻩ......./ﺳﺎﻝ*

*ﺟﻧﺱ ﺑﻳﻣﺎﺭ ...................................... ﺷﻣﺎﺭﻩ ﭘﺭﻭﻧﺩﻩ ﺑﻳﻣﺎﺭ.................................*

**ﺗﻭﺿﻳﺣﺎﺕ:**

ﺍﻳﻥ ﭘﺭﺳﺷﻧﺎﻣﻪ ﺷﺎﻣﻝ ﺍﻁﻼﻋﺎﺗﯽ ﺩﺭ ﻣﻭﺭﺩ ﺯﺍﻧﻭﻳﺗﺎﻥ ﺍﺳﺕ .ﺍﻳﻥ ﺍﻁﻼﻋﺎﺕ ﮐﻣﮏ ﻣﯽ ﮐﻧﺩ ﮐﻪ ﻣﺎ ﺑﺩﺍﻧﻳﻡ ﺯﺍﻧﻭﻳﺗﺎﻥ ﺩﺭ ﭼﻪ ﻭﺿﻌﻳﺗﯽ ﻗﺭﺍﺭ ﺩﺍﺭﺩ ﻭ ﺗﺎ ﭼﻪ ﺍﻧﺩﺍﺯﻩ ﺍی ﺷﻣﺎ ﻗﺎﺩﺭﻳﺩ ﮐﻪ ﻓﻌﺎﻟﻳﺕ ﻫﺎی ﻣﻌﻣﻭﻝ ﺧﻭﺩ ﺭﺍ ﺍﻧﺟﺎﻡ ﺩﻫﻳﺩ .ﻫﺭ ﭘﺭﺳﺵ ﺭﺍ ﺑﺎ ﻋﻼﻣﺕ ﺯﺩﻥ ﻗﺳﻣﺕ ﻣﺭﺑﻭﻁﻪ ﭘﺎﺳﺦ ﺩﻫﻳﺩ .ﺍﮔﺭ ﺷﻣﺎ ﺩﺭ ﻣﻭﺭﺩ ﭼﮕﻭﻧﮕﯽ ﭘﺎﺳﺦ ﺩﺍﺩﻥ ﻧﺎﻣﻁﻣﺋﻥ ﻫﺳﺗﻳﺩ ﻟﻁﻔﺎ ﺑﻬﺗﺭﻳﻥ ﺟﻭﺍﺑﯽ ﺭﺍ ﮐﻪ ﻣﯽ ﺗﻭﺍﻧﻳﺩ ﺑﺩﻫﻳﺩ.

|  |
| --- |
| **ﻋﻼﺋﻢ** |

ﺍﻳﻥ ﭘﺭﺳﺵ ﻫﺎ ﺑﺎ ﺗﻭﺟﻪ ﺑﻪ ﻋﻼﻳﻣﯽ ﮐﻪ ﺷﻣﺎ **ﺩﺭ ﻁﻭﻝ ﻫﻔﺗﻪ ﮔﺫﺷﺗﻪ** ﺩﺍﺷﺗﻪ ﺍﻳﺩ باید پاسخ داده شوند.

**S1**- ﺁﻳﺎ ﺷﻤﺎ ﺩﺭ ﺯﺍﻧﻮی ﺧﻮﺩ ﺗﻮﺭﻡ ﺩﺍﺭﻳﺪ؟

ﻫﺭﮔﺯ ﺑﻪ ﻧﺩﺭﺕ ﮔﺎﻫﯽ ﺍﻭﻗﺎﺕ ﺍﮐﺛﺭ ﺍﻭﻗﺎﺕ ﻫﻣﻳﺷﻪ

100 75 50 25 0

**S2-** ﺁﻳﺎ ﺷﻣﺎ ﺍﺣﺳﺎﺱ ﺳﺎﻳﻳﺩﻩ ﺷﺩﻥ ﻳﺎ ﺷﻧﻳﺩﻥ ﺻﺩﺍی ﺍﺿﺎﻓﻪ ﺍﺯ ﺯﺍﻧﻭی ﺧﻭﺩ ﻫﻧﮕﺎﻡ ﺣﺭﮐﺕ ﺩﺍﺭﻳﺩ؟

ﻫﺭﮔﺯ ﺑﻪ ﻧﺩﺭﺕ ﮔﺎﻫﯽ ﺍﻭﻗﺎﺕ ﺍﮐﺛﺭ ﺍﻭﻗﺎﺕ ﻫﻣﻳﺷﻪ

100 75 50 25 0

- **S3** ﺁﻳﺎ ﺯﺍﻧﻭی ﺷﻣﺎ ﺩﺭﻫﻧﮕﺎﻡ ﺣﺭﮐﺕ ﻣﯽ ﮔﻳﺭﺩ ﻳﺎ ﻣﻌﻠﻕ ﻣﯽ ﻣﺎﻧﺩ؟

ﻫﺭﮔﺯ ﺑﻪ ﻧﺩﺭﺕ ﮔﺎﻫﯽ ﺍﻭﻗﺎﺕ ﺍﮐﺛﺭ ﺍﻭﻗﺎﺕ ﻫﻣﻳﺷﻪ

100 75 50 25 0

- **S4**ﺁﻳﺎ ﺷﻣﺎﻣﯽ ﺗﻭﺍﻧﻳﺩ ﮐﺎﻣﻼ ﺯﺍﻧﻭی ﺧﻭﺩ ﺭﺍ ﺻﺎﻑ ﮐﻧﻳﺩ؟

ﻫﺭﮔﺯ ﺑﻪ ﻧﺩﺭﺕ ﮔﺎﻫﯽ ﺍﻭﻗﺎﺕ ﺍﮐﺛﺭ ﺍﻭﻗﺎﺕ ﻫﻣﻳﺷﻪ

100 75 50 25 0

-**S5**آیا ﻣﯽ ﺗﻭﺍﻧﻳﺩ ﮐﺎﻣﻼ ﺯﺍﻧﻭی ﺧﻭﺩ ﺭﺍ ﺧﻡ ﮐﻧﻳﺩ ؟

ﻫﺭﮔﺯ ﺑﻪ ﻧﺩﺭﺕ ﮔﺎﻫﯽ ﺍﻭﻗﺎﺕ ﺍﮐﺛﺭ ﺍﻭﻗﺎﺕ ﻫﻣﻳﺷﻪ

100 75 50 25 0

|  |
| --- |
| **ﺧﺸﮑﯽ** |

ﭘﺭﺳﺷﻬﺎی ﺯﻳﺭ ﺩﺭ ﻣﻭﺭﺩ ﻣﻘﺩﺍﺭ ﺧﺷﮑﯽ ﮐﻪ ﺷﻣﺎ **ﺩﺭ ﻁﻭﻝ ﻫﻔﺗﻪ ﮔﺫﺷﺗﻪ** ﺩﺭ ﺯﺍﻧﻭی ﺧﻭﺩ ﺩﺍﺷﺗﻪ ﺍﻳﺩ ﭘﺭﺳﻳﺩﻩ ﻣﯽ ﺷﻭﺩ. (ﺍﺣﺳﺎﺱ ﺧﺷﮑﯽ ﻣﺣﺩﻭﺩﻳﺕ ﻳﺎ ﮐﺎﻫﺵ ﺩﺭ ﺭﺍﺣﺗﯽ ﺣﺭﮐﺕ ﻣﻔﺻﻝ ﺯﺍﻧﻭی ﺷﻣﺎ ﻣﯽ ﺑﺎﺷﺩ ).

**S6** - ﺷﺩﺕ ﺧﺷﮑﯽ ﺯﺍﻧﻭی ﺷﻣﺎ ﺑﻌﺩ ﺍﺯ ﺑﻳﺩﺍﺭ ﺷﺩﻥ ﺩﺭ ﺻﺑﺢ ﭼﻪ ﻗﺩﺭ ﺍﺳﺕ؟

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

- **S7** ﺷﺩﺕ ﺧﺷﮑﯽ ﺯﺍﻧﻭی ﺷﻣﺎ ﺑﻌﺩ ﺍﺯ ﻧﺷﺳﺗﻥ، ﺧﻭﺍﺑﻳﺩﻥ ﻳﺎ ﺍﺳﺗﺭﺍﺣﺕ ﮐﺭﺩﻥ ﺩﺭ ﭘﺎﻳﺎﻥ ﺭﻭﺯ ﭼﻪ ﻗﺩﺭ ﺍﺳﺕ؟

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**ﺩﺭﺩ**

**P1-** ﻫﺭ ﭼﻧﺩ ﻭﻗﺕ ﻳﮑﺑﺎﺭﺯﺍﻧﻭی ﺷﻣﺎ ﺩﺭﺩﻧﺎک ﺍﺳﺕ؟

ﻫﻳﭻ ﻣﺎﻫﺎﻧﻪ ﻫﻔﺗﻪ ﺍی ﻳﮑﺑﺎﺭ ﺭﻭﺯﺍﻧﻪ ﻫﻣﻳﺷﻪ

100 75 50 25 0

**ﺩﺭ ﻁﻭﻝ ﻫﻔﺗﻪ ﮔﺫﺷﺗﻪ** ﺑﺎ ﺍﻧﺟﺎﻡ ﻓﻌﺎﻟﻳﺕ ﻫﺎی ﺯﻳﺭ ﭼﻪ ﻣﻘﺩﺍﺭ ﺩﺭﺩ ﺩﺭ ﺯﺍﻧﻭی ﺧﻭﺩ ﺭﺍ ﺗﺟﺭﺑﻪ ﮐﺭﺩﻩ ﺍﻳﺩ؟

**P2 –** پیچیدن یا ﭼﺮﺧﻴﺪﻥ ﺣﻮﻝ ﻣﺤﻮﺭﺯﺍﻧﻮ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**P3-** ﺭﺍﺳﺕ ﮐﺭﺩﻥ ﮐﺎﻣﻝ ﺯﺍﻧﻭ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**P4-** ﺧﻡ ﮐﺭﺩﻥ ﮐﺎﻣﻝ ﺯﺍﻧﻭ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**P5-** ﺭﺍﻩ ﺭﻓﺗﻥ ﺩﺭ ﺳﻁﺢ ﺻﺎﻑ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**P6-** ﺑﺎﻻ ﻳﺎ ﭘﺎﺋﻳﻥ ﺭﻓﺗﻥ ﺍﺯ ﭘﻠﻪ ﻫﺎ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**P7-** ﺷﺑﻬﺎ ﺩﺭ ﺑﺳﺗﺭ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**P8-** ﻧﺷﺳﺗﻥ ﻳﺎ ﺩﺭﺍﺯ ﮐﺷﻳﺩﻥ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**P9-** ﺍﻳﺳﺗﺎﺩﻥ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

|  |
| --- |
| **ﻋﻣﻠﮑﺭﺩ -ﺯﻧﺩﮔﯽ ﺭﻭﺯﻣﺭﻩ** |

ﭘﺭﺳﺷﻬﺎی ﺯﻳﺭ ﺩﺭ ﻣﻭﺭﺩ ﻋﻣﻠﮑﺭﺩ ﻓﻳﺯﻳﮑﯽ ﺷﻣﺎ ﻣﯽ ﺑﺎﺷﺩ .ﻳﻌﻧﯽ ﺗﻭﺍﻧﺎﻳﯽ ﺷﻣﺎ ﺩﺭ ﺣﺭﮐﺕ ﮐﺭﺩﻥ ﺑﻪ ﺍﻁﺭﺍﻑ ﻭ ﺍﻧﺟﺎﻡ ﮐﺎﺭﻫﺎی ﺷﺧﺻﻳﺗﺎﻥ .ﺑﺭﺍی ﻫﺭ ﻳﮏ ﺍﺯ ﻓﻌﺎﻟﻳﺕ ﻫﺎی ﺯﻳﺭ ﺷﺩﺕ ﻣﺷﮑﻠﯽ ﮐﻪ ﺷﻣﺎ ﺩﺭ ﻫﻔﺗﻪ ﮔﺫﺷﺗﻪ ﺑﻪ ﺧﺎﻁﺭ ﺯﺍﻧﻭﻳﺗﺎﻥ ﺩﺍﺷﺗﻪ ﺍﻳﺩ ﺭﺍ ﻋﻼﻣﺕ ﺑﺯﻧﻳﺩ**.**

**- A1**ﭘﺎﻳﻳﻥ ﺭﻓﺗﻥ ﺍﺯ ﭘﻠﻪ ﻫﺎ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A2-** ﺑﺎﻻ ﺭﻓﺗﻥ ﺍﺯ ﭘﻠﻪ ﻫﺎ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A3 -** ﺑﻠﻧﺩ ﺷﺩﻥ ﺍﺯ ﺣﺎﻟﺕ ﻧﺷﺳﺗﻪ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A4 -** ﺍﻳﺳﺗﺎﺩﻥ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A5 -** ﺧﻡ ﺷﺩﻥ ﻭ ﺑﺭﺩﺍﺷﺗﻥ ﻳﮏ ﺷﯽء ﺍﺯ ﺭﻭی ﺯﻣﻳﻥ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A6 -** ﺭﺍﻩ ﺭﻓﺗﻥ ﺭﻭی ﺳﻁﺢ ﺻﺎﻑ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A7-** ﺩﺍﺧﻝ ﻭ ﺧﺎﺭﺝ ﺷﺩﻥ ﺍﺯ ﻣﺎﺷﻳﻥ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A8 -** ﺑﻪ ﺧﺭﻳﺩ ﺭﻓﺗﻥ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A9 -** ﭘﻭﺷﻳﺩﻥ ﺟﻭﺭﺍﺏ ﻫﺎ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**- A10** ﺑﻠﻧﺩ ﺷﺩﻥ ﺍﺯ ﺑﺳﺗﺭ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**- A11** ﺩﺭﺁﻭﺭﺩﻥ ﺟﻭﺭﺍﺏ ﻫﺎ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A12 -**ﺩﺭﺍﺯ ﮐﺷﻳﺩﻥ ﺩﺭ بستر (ﻏﻠﺕ ﺯﺩﻥ، ﺣﻔﻅ ﻣﻭﻗﻌﻳﺕ ﺯﺍﻧﻭ)

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A13-** ﺩﺍﺧﻝ ﻭ ﺧﺎﺭﺝ ﺷﺩﻥ ﺍﺯ ﺣﻣﺎﻡ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**-A14** ﻧﺷﺳﺗﻥ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A15-** ﺩﺍﺧﻝ ﻭ ﺧﺎﺭﺝ ﺷﺩﻥ ﺍﺯ ﺗﻭﺍﻟﺕ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A16 -** ﮐﺎﺭﻫﺎی ﺳﻧﮕﻳﻥ ﺧﺎﻧﮕﯽ(ﺣﻣﻝ ﺍﺷﻳﺎء ﺳﻧﮕﻳﻥ، ﺳﺎﻳﻳﺩﻥ ﺯﻣﻳﻥ،........ )

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**A17 -** ﮐﺎﺭﻫﺎی ﺳﺑﮏ ﺧﺎﻧﮕﯽ (ﭘﺧﺗﻥ، ﮔﺭﺩﮔﻳﺭی،.......)

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

|  |
| --- |
| **ﻋﻣﻠﮑﺭﺩ، ﻭﺭﺯﺵ ﻫﺎ ﻭ ﻓﻌﺎﻟﻳﺕ ﻫﺎی ﺗﻔﺭﻳﺣﯽ** |

ﭘﺭﺳﺷﻬﺎی ﺯﻳﺭ ﺩﺭ ﻣﻭﺭﺩ ﻋﻣﻠﮑﺭﺩ ﻓﻳﺯﻳﮑﯽ ﺷﻣﺎ ﻫﻧﮕﺎﻡ ﻓﻌﺎﻟﻳﺕ ﺷﻣﺎ ﺩﺭ ﻳﮏ ﺳﻁﺢ ﺑﺎﻻﺗﺭ ﻣﯽ ﺑﺎﺷﺩ . ﭘﺭﺳﺷﻬﺎ ﺑﺎﻳﺩ ﺑﺎ ﺗﻭﺟﻪ ﺑﻪ ﺷﺩﺕ ﻧﺎﺭﺍﺣﺗﯽ ﮐﻪ ﺷﻣﺎ ﺑﻪ ﺧﺎﻁﺭ ﺯﺍﻧﻭی ﺧﻭﺩ ﺩﺭ ﻁﻭﻝ ﻫﻔﺗﻪ ﮔﺫﺷﺗﻪ ﺗﺟﺭﺑﻪ ﮐﺭﺩﻩ ﺍﻳﺩ ﭘﺎﺳﺦ ﺩﺍﺩﻩ ﺷﻭﻧﺩ.

**- SP1**ﭼﻣﺑﺎﺗﻣﻪ ﺯﺩﻥ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**SP2**- ﺩﻭﻳﺩﻥ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

**SP3-** ﭘﺮﻳﺪﻥ

ﻫﻴﭻ ﺧﻔﻴﻒ ﻣﺘﻮﺳﻂ ﺷﺪﻳﺪ ﺑﺴﻴﺎﺭ ﺷﺪﻳﺪ

100 75 50 25 0

**SP4 -** ﭼﺮﺧﻴﺪﻥ ﺣﻮﻝ ﻣﺤﻮﺭﺯﺍﻧﻮ

ﻫﻴﭻ ﺧﻔﻴﻒ ﻣﺘﻮﺳﻂ ﺷﺪﻳﺪ ﺑﺴﻴﺎﺭ ﺷﺪﻳﺪ

100 75 50 25 0

**SP5-** ﺯﺍﻧﻮ ﺯﺩﻥ

ﻫﻳﭻ ﺧﻔﻳﻑ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺷﺩﻳﺩ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﺷﺩﻳﺩ

100 75 50 25 0

|  |
| --- |
| **ﮐﻴﻔﻴﺖ ﺯﻧﺪﮔﯽ** |

**Q1 -** ﻫﺮ ﭼﻨﺪ ﻭﻗﺖ ﻳﮑﺒﺎﺭ ﺷﻤﺎ ﻣﺘﻮﺟﻪ ﻧﺎﺭﺍﺣﺘﯽ ﺩﺭﺯﺍﻧﻮی ﺧﻮﺩ ﻣﯽ ﺷﻮﻳﺪ؟

ﻫﻴﭻ ﻣﺎﻫﯽ ﻳﮑﺒﺎﺭ ﻫﻔﺘﻪ ﺍی ﻳﮑﺒﺎﺭ ﺭﻭﺯی ﻳﮑﺒﺎﺭ ﻣﺪﺍﻭﻡ

100 75 50 25 0

**Q2 -** ﺁﻳﺎ ﺷﻤﺎ ﺳﺒﮏ ﺯﻧﺪﮔﯽ ﺧﻮﺩ ﺭﺍﺑﺮﺍیجلوگیری از فعالیت های اسیب زا به زانویتان تغییر داده اید؟

ﺍﺻﻼ ﺑﺳﻳﺎﺭ ﮐﻡ ﺑﻪ ﻁﻭﺭ ﻣﺗﻭﺳﻁ ﺑﻪ ﺷﺩﺕ ﮐﺎﻣﻼ

100 75 50 25 0

**Q3 –** باتوجه به مشکل زانویتان چه مقدار دچار مشکل شده اید؟

ﺍﺻﻼ ﺑﺴﻴﺎﺭ ﮐﻢ ﺑﻪ ﻁﻮﺭ ﻣﺘﻮﺳﻂ ﺑﻪ ﺷﺪﺕ ﺑﺴﻴﺎﺭ ﺷﺪﻳﺪ

100 75 50 25 0

**Q4 -** ﺑﺎ ﺯﺍﻧﻮی ﺧﻮﺩ ﻣﺸﮑﻞ ﺩﺍﺭﻳﺪ؟

ﺍﺻﻼ ﺑﺴﻴﺎﺭ ﮐﻢ ﺑﻪ ﻁﻮﺭ ﻣﺘﻮﺳﻂ ﺑﻪ ﺷﺪﺕ ﺑﺴﻴﺎﺭ ﺷﺪﻳﺪ

100 75 50 25 0

ﺍﺯ ﺍﻳﻥ ﮐﻪ ﺑﻪ ﻫﻣﮥ ﭘﺭﺳﺷﻬﺎی ﺍﻳﻥ ﭘﺭﺳﺷﻧﺎﻣﻪ ﭘﺎﺳﺦ ﺩﺍﺩﻳﺩ ﺍﺯ ﺷﻣﺎ ﺳﭘﺎﺳﮕﺯﺍﺭﻳﻡ

|  |
| --- |
|  |

The KOOS Survey Score is