

## Knee Outcome Survey Activities of Daily Living Scale

### Instrukcje:

Poniższy kwestionariusz ma na celu ustalenie objawów i ograniczeń, których doświadcza Pani/Pan z powodu kolana podczas wykonywania swoich typowych codziennych czynności. Proszę odpowiedzieć na każde pytanie, **zaznaczając jedno stwierdzenie, które najlepiej opisuje Panią/Pana w ciągu ostatnich 1 do 2 dni.** Dla danego pytania, więcej niż jedna z wypowiedzi może Panią/Pana opisywać, ale proszę zaznaczyć tylko to stwierdzenie, które najlepiej opisuje Panią/Pana podczas typowych, codziennych czynności.

### Objawy

W jakim stopniu każdy z następujących objawów wpływa na poziom Pani/Pana codziennej aktywności? (Proszę wybrać jedną odpowiedź w każdym wierszu)

	Nie mam tego objawu	Mam ten objaw ale nie wpływa on na moją aktywność	Objaw wpływa nieznacznie na moją aktywność	Objaw wpływa umiarkowanie na moją aktywność	Objaw drastycznie wpływa na moją aktywność	Objaw uniemożliwia mi wykonywanie wszystkich typowych, codziennych czynności
Ból (ADLS1)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Sztywność (ADLS2)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Obrzęk (ADLS3)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Odczucie ustępowania (uciekania), zbaczania lub boczego przesunięcia kolana (ADLS4)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Oslabienie (ADLS5)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Utykanie (ADLS6)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

## Ograniczenia funkcjonalne w zakresie wykonywania codziennych czynności

Jak Pani/Pana kolano wpływa na zdolność do... (proszę wybrać jedną odpowiedź w każdym wierszu)

	Czynność nie jest trudna	Czynność minimalnie trudna	Czynność nieznacznie trudna	Czynność dość trudna	Bardzo trudna czynność	Nie jestem w stanie wykonać tej czynności
Chodzenie? (ADLS7)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Wchodzenie po schodach? (ADLS8)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Schodzenie ze schodów? (ADLS9)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Stanie? (ADLS10)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Kłęczenie? (ADLS11)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Przysiad? (ADLS12)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Siedzenie z kolanami zgiętymi? (ADLS13)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)
Wstawanie z krzesła? (ADLS14)	<input type="checkbox"/> (5)	<input type="checkbox"/> (4)	<input type="checkbox"/> (3)	<input type="checkbox"/> (2)	<input type="checkbox"/> (1)	<input type="checkbox"/> (0)

Jak ocenia Pani/Pan aktualną funkcję kolana podczas swoich typowych czynności codziennych w skali od 0 do 100? 100 oznacza poziom funkcji Pani/Pana kolana przed kontuzją, a 0 niezdolność wykonywania którejkolwiek ze swoich typowych codziennych czynności.

Jak ocenia Pani/Pan ogólną funkcję kolana podczas swoich typowych codziennych czynności? (proszę wybrać taką odpowiedź, która najlepiej Panią/Pana opisuje)

- normalna(4)
- prawie normalna (3)
- nieprawidłowa(2)
- drastycznie nieprawidłowa (1)

Jak ocenia Pani/Pan swój aktualny poziom codziennych czynności wynikający z kontuzji kolana?

(Proszę wybrać jedną odpowiedź, taką która najlepiej Panią/Pana opisuje)

- normalny(4)
- prawie normalny (3)
- nieprawidłowy (2)
- drastycznie nieprawidłowy (1)