

Oxford Knee Score (OKS)

Оксфордская шкала для колена

Русская версия для России

Перед заполнением анкеты, пожалуйста, укажите следующие данные:

Дата сегодня:

<input type="text"/>							
Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г

В связи с заболеванием какого коленного сустава Вы получаете лечение?

Правого

Левого

Обоих

Если Вы указали «Обоих», пожалуйста, ответьте сначала на вопросы для правой стороны. Далее заполните такую же анкету для левой стороны.

ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С КОЛЕНОМ

Отметьте знаком (✓) одну клеточку для каждого вопроса.

1. В течение последних четырех недель...

Как бы Вы описали интенсивность боли, которую обычно испытываете в колене?

Отсутствует	Очень слабая	Умеренная	Сильная	Невыносимая
<input type="checkbox"/>				

2. В течение последних четырех недель...

Сложно ли Вам мыться и затем вытираться (целиком) из-за Вашего колена?

Нет никаких трудностей	Очень небольшие затруднения	Умеренные трудности	Очень тяжело	Невозможно это делать
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. В течение последних четырех недель...

Испытываете ли Вы какие - либо проблемы из-за колена при посадке и выходе из автомобиля или при пользовании общественным транспортом? (Какой бы Вы не использовали)

Нет никаких трудностей	Очень небольшие затруднения	Умеренные трудности	Очень тяжело	Это невозможно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. В течение последних четырех недель...

Как долго Вы можете ходить до того момента, как боль в Вашем колене станет **сильной**? (с тростью или без)

Нет боли при ходьбе / более 30 минут	16— 30 минут	5 — 15 минут	только по дому	не могу совсем — когда хожу, боль очень сильная
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. В течение последних четырех недель...

Насколько болезненно из-за колена Вам вставать со стула после еды (сидя за столом)?

Совсем безболезненно	Слегка болезненно	Умеренно болезненно	Сильно болезненно	Невыносимо
<input type="checkbox"/>				

6. В течение последних четырех недель...

Хромаете ли Вы при ходьбе из-за колена?

Редко/Никогда	Иногда или только в начале ходьбы	Часто (не только в начале ходьбы)	Большую часть времени	Все время
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. В течение последних четырех недель...

Могли ли Вы присесть на корточки и затем подняться?

Да, легко	С небольшими затруднениями	С умеренными затруднениями	Крайне сложно	Нет, это невозможно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. В течение последних четырех недель...

Страдали ли Вы ночью в кровати из-за боли в колене?

Совсем нет	Только одну или две ночи	Несколько ночей	Большинство ночей	Каждую ночь
<input type="checkbox"/>				

9. В течение последних четырех недель...

Насколько сильно боль в колене мешает Вашей повседневной работе? (Включая работу по дому)

Совершенно не мешает	Незначительно	Умеренно	Значительно	Полностью
<input type="checkbox"/>				

10. В течение последних четырех недель...

Было ли у Вас чувство, что колено может внезапно «подвести» или Вы можете упасть?

Редко/Никогда	Иногда или только в начале ходьбы	Часто, не только в начале	Большую часть времени	Все время
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. В течение последних четырех недель...

Могли ли Вы совершать ежедневные покупки самостоятельно?

Да, легко	С небольшими трудностями	С умеренными трудностями	Со значительными затруднениями	Нет, это невозможно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. В течение последних четырех недель...

Могли ли Вы самостоятельно спускаться на один лестничный пролет?

Да, легко	С небольшими трудностями	С умеренными трудностями	Со значительными затруднениями	Нет, это невозможно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Пожалуйста, проверьте, что Вы ответили на все вопросы.
Большое спасибо.**