

Оксфордский опросник по тазобедренному суставу (OHS)

Версия на русском языке для России

ПРОБЛЕМЫ С ВАШИМ ТАЗОБЕДРЕННЫМ СУСТАВОМ

Отметьте галочкой (✓) один квадратик для каждого вопроса.

1. В течение прошедших 4 недель...

Как бы Вы описали боль, которую Вы обычно испытываете из-за Вашего тазобедренного сустава?

Боли не было	Очень слабая	Слабая	Умеренная	Сильная
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. В течение прошедших 4 недель...

Испытывали ли Вы какие-либо затруднения при мытье и вытирании (всего тела) из-за проблем с тазобедренным суставом?

Никаких затруднений	Небольшие затруднения	Умеренные затруднения	Чрезвычайные затруднения	Невозможно осуществить
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. В течение прошедших 4 недель...

Испытывали ли Вы какие-либо затруднения при посадке в машину и выходе из машины или при пользовании общественным транспортом (в зависимости от того, чем Вы чаще пользуетесь) из-за проблем с тазобедренным суставом?

Никаких затруднений	Небольшие затруднения	Умеренные затруднения	Чрезвычайные затруднения	Невозможно осуществить
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. В течение прошедших 4 недель...

Были ли Вы в состоянии надевать носки, чулки или колготки?

	С	С		
Да, с легкостью	небольшими затруднениями	умеренными затруднениями	С чрезвычайными затруднениями	Нет, это было невозможно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. В течение прошедших 4 недель...

Могли ли Вы самостоятельно делать покупки для дома?

	С	С		
Да, с легкостью	небольшими затруднениями	умеренными затруднениями	С чрезвычайными затруднениями	Нет, это было невозможно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. В течение прошедших 4 недель...

Как долго Вы могли ходить (с палочкой или без), пока боль из-за Вашего тазобедренного сустава не становилась **сильной**?

Боли не было/Более 30 минут	От 16 до 30 минут	От 5 до 15 минут	Только по дому	Нисколько/сильная боль при ходьбе
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. В течение прошедших 4 недель...

Были ли Вы в состоянии подняться на один лестничный пролет?

Да, с легкостью	С небольшими затруднениями	С умеренными затруднениями	С чрезвычайными затруднениями	Нет, это было невозможно
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. В течение прошедших 4 недель...

Насколько больно было Вам вставать со стула после приема пищи (сидя за столом) из-за проблем с тазобедренным суставом?

Совсем не больно	Слегка больно	Умеренно больно	Очень больно	Невыносимо
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. В течение прошедших 4 недель...

Хромали ли Вы при ходьбе из-за проблем с тазобедренным суставом?

Редко/никогда	Иногда или только вначале	Часто, не только вначале	Большую часть времени	Все время
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. В течение прошедших 4 недель...

Ощущали ли Вы из-за пораженного тазобедренного сустава какую-либо внезапную сильную боль – «стреляющую», «колющую» или «спазмы»?

Ни в один из дней	Только 1 или 2 дня	В некоторые дни	В большую часть дней	Каждый день
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. В течение прошедших 4 недель...

Насколько боль из-за тазобедренного сустава мешала Вам выполнять Вашу обычную работу (в том числе домашнюю работу)?

Нисколько	Немного	Умеренно	Сильно	Полностью
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. В течение прошедших 4 недель...

Беспокоила ли Вас боль из-за тазобедренного сустава ночью в постели?

Ни в одну из ночей	Только 1 или 2 ночи	В некоторые ночи	В большую часть ночей	Каждую ночь
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

И наконец, пожалуйста, убедитесь в том, что Вы ответили на каждый вопрос.

Большое спасибо.