

Cari pazienti

Con questo questionario vi chiediamo di valutare il vostro stato di salute. Le informazioni sulle vostre condizioni prima e dopo l'intervento ci aiuteranno a migliorare costantemente la qualità delle nostre cure. La partecipazione è volontaria. Non deve giustificare la sua decisione di partecipare e può annullare la sua partecipazione in qualsiasi momento.

Se ci fornisce i suoi dati di contatto, ci autorizza a salvarli e a inviarle un secondo questionario dopo l'operazione.

Come possiamo contattarla?

e-mail

SMS

lettera

Da compilare a cura della clinica

Etichetta paziente / ID paziente

Trattamento della seguente articolazione

In caso di intervento simultaneo su entrambi i lati (intervento bilaterale), si prega di compilare due moduli.

Anca sinistra

Anca destra

Consultazione prima o dopo l'intervento prima dopo

completato il (GG/MM/AAAA)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Data dell'operazione (GG/MM/AAAA)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Data dell'operazione non è ancora nota

Problemi con la sua anca Barrare una casella per ogni domanda (x).

1. Durante le ultime 4 settimane ...

Come definirebbe il dolore all'anca che ha di solito?

Assente	Molto lieve	Lieve	Moderato	Grave
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Durante le ultime 4 settimane ...

Ha avuto qualche difficoltà nel lavarsi e nell'asciugarsi (in ogni parte del corpo) a causa del dolore alla sua anca?

Nessuna difficoltà	Lieve difficoltà	Moderata difficoltà	Estrema difficoltà	Impossibile da fare
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Durante le ultime 4 settimane ...

Ha avuto problemi nel salire o scendere dalla macchina o nell'usare i trasporti pubblici a causa del dolore alla sua anca (qualsiasi sia il mezzo che solitamente utilizza)?

Nessuna difficoltà	Lieve difficoltà	Moderata difficoltà	Estrema difficoltà	Impossibile da fare
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Durante le ultime 4 settimane ...

È stato/a in grado di indossare un paio di calzini, calze o collant?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	Non è stato possibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Durante le ultime 4 settimane ...

È riuscito/a a fare la spesa da solo/a?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	Non è stato possibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Durante le ultime 4 settimane . . .

Per quanto tempo è stato/a in grado di camminare prima che il dolore all'anca diventasse **grave** (con o senza bastone)?

Nessun dolore / più di 30 minuti	16-30 minuti	5-15 minuti	Solo in casa	Per niente / grave dolore durante la camminata
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Durante le ultime 4 settimane . . .

È stato/a in grado di salire una rampa di scale?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	Non è stato possibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Durante le ultime 4 settimane . . .

Dopo un pasto (seduto/a a tavola), quanto è stato doloroso per Lei alzarsi dalla sedia a causa dell'anca?

Per niente doloroso	Lievemente doloroso	Moderatamente doloroso	Molto doloroso	Insopportabile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Durante le ultime 4 settimane . . .

Ha zoppicato mentre camminava a causa dell'anca?

Raramente / mai	A volte, o solo all'inizio	Spesso, non solo all'inizio	La maggior parte dei giorni	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Durante le ultime 4 settimane . . .

Ha mai avvertito un dolore grave e improvviso – lancinante, pungente o spasmodico – proveniente dall'anca affetta?

Neanche un giorno	Solamente 1 o 2 giorni	Qualche giorno	La maggior parte dei giorni	Ogni giorno
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Durante le ultime 4 settimane . . .

Quanto ha influito il dolore all'anca sul suo lavoro abituale (compresi i lavori di casa)?

Per niente	Un po'	Moderatamente	Molto	Totalmente
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Durante le ultime 4 settimane . . .

È stato/a disturbato/a dal dolore all'anca durante la notte?

Nessuna notte	Solo 1 - 2 notti	Qualche notte	La maggior parte delle notti	Tutte le notti
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Infine, assicurati di aver risposto a tutte le domande.
 Grazie mille.**