

## 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.

Ginocchio sinistro

Ginocchio destro

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 ginocchio** Barrare una casella per ogni domanda (x).

### 1. Durante le ultime 4 settimane...

Come definirebbe il dolore al ginocchio 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 Suo ginocchio?

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 difficoltà nel salire o scendere dalla macchina o nell'usare mezzi pubblici a causa del Suo ginocchio? (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...

Per quanto tempo è stato/a in grado di camminare prima che il dolore al ginocchio 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"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

## 5. Durante le ultime 4 settimane . . .

Dopo un pasto (seduto/a a tavola), quanto è stato doloroso per Lei alzarsi dalla sedia a causa del Suo ginocchio?

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"/>

## 6. Durante le ultime 4 settimane . . .

Ha zoppicato mentre camminava a causa del Suo ginocchio?

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"/>

## 7. Durante le ultime 4 settimane . . .

Sarebbe riuscito/a a inginocchiarsi e rialzarsi successivamente?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	No, impossibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 8. Durante le ultime 4 settimane . . .

È stato/a disturbato/a dal dolore al ginocchio a letto, 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"/>

## 9. Durante le ultime 4 settimane . . .

Quanto ha influito il dolore al ginocchio 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"/>

## 10. Durante le ultime 4 settimane . . .

Ha avuto l'impressione che il Suo ginocchio potesse cedere improvvisamente o diventare instabile?

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"/>

## 11. Durante le ultime 4 settimane . . .

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

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	No, impossibile
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 12. Durante le ultime 4 settimane . . .

Sarebbe riuscito/a a scendere una rampa di scale?

Si, facilmente	Con un po' di difficoltà	Con moderata difficoltà	Con estrema difficoltà	No, impossibile
<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.**