

Naam:.....M/V

Geboortedatum:.....

Invuldatum.....

HOOS

Vragenformulier voor heuppatiënten

Instructies:

Deze vragenlijst vraagt naar uw mening over uw heup. Deze informatie helpt ons na te gaan hoe u zich voelt over uw heup en hoe goed u in staat bent om uw normale dagelijkse activiteiten uit te voeren. Beantwoord elke vraag door één hokje aan te kruisen. Wanneer u twijfelt over de beantwoording van een vraag, kruis dan de best mogelijke optie aan.

Symptomen

Denkt u bij het beantwoorden van deze vragen aan de symptomen en problemen van uw heup gedurende de afgelopen week.

S1. Heeft u een knarsend gevoel in uw heup, klinkende of andere geluiden van uw heup gehoord?

nooit	zelden	soms	vaak	voortdurend
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Heeft u moeite om uw benen ver uit elkaar te bewegen?

Nooit	zelden	soms	vaak	voortdurend
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Heeft u moeite met grote stappen maken?

Nooit	zelden	soms	vaak	voortdurend
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Onderstaande vragen betreffen de **gewrichtsstijfheid** die u hebt ervaren in de heup gedurende de afgelopen week. Met stijfheid bedoelen we het gevoel dat uw gewricht minder soepel beweegt.

S4. Hoe ernstig was de gewrichtsstijfheid van de heup 's morgens direct na het wakker worden?

Geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. Hoe ernstig was de gewrichtsstijfheid van de heup later op de dag, na zitten liggen of rusten?

Geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pijn

P1. Hoe vaak heeft u pijn aan uw heup?

Nooit	elke maand	elke week	elke dag	altijd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welke mate van heuppijn heeft u de afgelopen week ervaren tijdens de volgende activiteiten?

P2. Uw bovenbeen zo ver mogelijk naar achteren strekken

Geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Uw knie zo ver mogelijk naar de borst brengen
Geen gering matig veel erg veel

P4. Lopen op een vlakke ondergrond
Geen gering matig veel erg veel

P5. Trap oplopen of aflopen
Geen gering matig veel erg veel

P6. 's Nachts in bed
Geen gering matig veel erg veel

P7. Zitten of liggen
Geen gering matig veel erg veel

P8. Rechtop staan
Geen gering matig veel erg veel

P9. Lopen op een harde ondergrond (asfalt, beton etc)
Geen gering matig veel erg veel

P10. Lopen op een oneffen ondergrond
Geen gering matig veel erg veel

Functioneren in het dagelijks leven

Onderstaande vragen betreffen uw dagelijks functioneren. Wilt u voor elk van de onderstaande activiteiten aangeven hoeveel **moeite** u de afgelopen week heeft ervaren tijdens deze activiteiten vanwege uw heup.

A1. Trap aflopen
Geen gering matig veel erg veel

A2. Trap oplopen
Geen gering matig veel erg veel

A3. Opstaan vanuit een stoel
Geen gering matig veel erg veel

A4. Staan
Geen gering matig veel erg veel

A5. Bukken naar de grond/iets oppakken van de grond
Geen gering matig veel erg veel

A6. Lopen op een vlakke ondergrond
Geen gering matig veel erg veel

A7. Instappen / uitstappen van een auto
Geen gering matig veel erg veel

A8. Winkelen
Geen gering matig veel erg veel

A9. Sokken / kousen aantrekken
Geen gering matig veel erg veel

A10. Opstaan vanuit bed
Geen gering matig veel erg veel

A11. Sokken / kousen uittrekken
Geen gering matig veel erg veel

A12. In bed liggen
Geen gering matig veel erg veel

A13. In / uit bad gaan
Geen gering matig veel erg veel

A14. Zitten
Geen gering matig veel erg veel

A15. Gaan zitten / opstaan van het toilet
Geen gering matig veel erg veel

A16. Zware huishoudelijke activiteiten (zware dozen tillen, de vloer schrobben etc.)
Geen gering matig veel erg veel

A17. Lichte huishoudelijke werkzaamheden (koken, stoffen etc.)
Geen gering matig veel erg veel

Functioneren in vrije tijd en sport

De volgende vragen gaan over uw lichamelijke gesteldheid tijdens recreatieve /sportieve activiteiten. Geef aan hoeveel moeite u heeft ervaren op **grond van uw heupklachten** in de **afgelopen week** bij de volgende activiteiten:

Sp1. Op uw hurken zitten

Geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp2. Hardlopen

geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp3. Draaien op een belast been

Geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sp4. Op een oneffen ondergrond lopen

Geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kwaliteit van leven

Q1. Hoe vaak wordt u aan uw heup herinnerd?

nooit	elke maand	elke week	elke dag	altijd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Heeft u uw manier van leven veranderd om uw heup te ontzien?

totaal niet	iets	matig	grotendeels	totaal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. In welke mate kunt u op uw heup vertrouwen?

totaal	grotendeels	matig	iets	totaal niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Hoe groot zijn uw problemen met de heup in het algemeen?

Geen	gering	matig	veel	erg veel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>