

CUESTIONARIO KOOS

NOMBRE:

FECHA DE VALORACIÓN:

INSTRUCCIONES: Esta encuesta recoge su opinión sobre su rodilla intervenida o lesionada. La información que nos proporcione, servirá para saber cómo se encuentra y la capacidad para realizar diferentes actividades. Responde a cada pregunta marcando la casilla apropiada y solo una casilla por pregunta. En caso de duda señale siempre la respuesta que mejor refleja su situación

ITEM	SÍNTOMAS: Responda a estas preguntas considerando los síntomas que ha notado en la rodilla durante la última semana	NUNCA	RARA VEZ	A VECES	FRECUENTE	SIEMPRE
S1	¿Se le hincha la rodilla?					
S2	¿Siente crujidos, chasquidos u otro tipo de ruidos cuando mueve la rodilla?					
S3	Al moverse, ¿siente que la rodilla falla o se bloquea?					
S4	¿Puede estirar completamente la rodilla?					
S5	¿Puede doblar completamente la rodilla?					
ITEM	RIGIDEZ ARTICULAR: La rigidez o entumecimiento es una sensación de limitación o lentitud en el movimiento de la rodilla. Las siguientes preguntas indagan el grado de rigidez que ha experimentado, en la rodilla, durante la última semana	NO TENGO	LEVE	MODERADO	INTENSO	MUY INTENSO
S6	¿Cuál es el grado de rigidez de su rodilla al levantarse por la mañana?					
S7	¿Cuál es el grado de rigidez de la rodilla después de estar sentado, recostado o descansando?					
ITEM	DOLOR	NUNCA	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO	CONTÍNUO
P1	¿Con qué frecuencia ha tenido dolor en su rodilla?					
	¿Cuánto dolor ha tenido en la rodilla en la última semana al realizar las siguientes actividades?	NO TENGO	LEVE	MODERADO	INTENSO	MUY INTENSO
P2	Girar o pivotar sobre la rodilla					
P3	Al estirar completamente la rodilla					
P4	Al doblar completamente la rodilla					
P5	Al caminar sobre una superficie plana					
P6	Al subir o bajar escaleras					
P7	Por la noche en la cama					
P8	Al estar sentado o recostado					
P9	Al estar de pie					
ITEM	ACTIVIDADES COTIDIANAS: Las siguientes preguntas indagan sobre sus actividades físicas, es decir, su capacidad para moverse y valerse por sí mismo. Para cada una de las actividades mencionadas a continuación, indique el grado de dificultad experimentado en la última semana a causa de su rodilla	NO TENGO	LEVE	MODERADO	INTENSO	MUY INTENSO
A1	Al bajar escaleras					
A2	Al subir escaleras					
A3	Al levantarse de una silla o sillón					
A4	Al estar de pie					
A5	Al agacharse a coger algo del suelo					
A6	Al caminar sobre una superficie plana					
A7	Al subir o bajar del coche					
A8	Al ir de compras					
A8	Al ir de compras					
A9	Al ponerse los calcetines o las medias					
A10	Al levantarse de la cama					
A11	Al quitarse los calcetines o las medias					
A12	Estando acostado, al dar la vuelta en la cama o cuando mantiene la rodilla en una posición fija					
A14	Al estar sentado					
A15	Al sentarse o levantarse del inodoro					
A16	Realizando trabajos pesados de la casa (mover objetos pesados, lavar el suelo, etc.)					
A17	Realizando trabajos ligeros de la casa (cocinar, barrer, etc.)					

ITEM	FUNCIÓN, ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y RECREACIONALES: Las siguientes preguntas indagan sobre su función al realizar actividades que requieran un mayor nivel de esfuerzo. Las preguntas deben responderse pensando en el grado de dificultad experimentado con su rodilla, en la última semana	NO TENGO	LEVE	MODERADO	INTENSO	MUY INTENSO
SP1	Ponerse en cuclillas					
SP2	Correr					
SP3	Saltar					
SP4	Girar o pivotar sobre la rodilla afectada					
SP5	Arrodillarse					
ITEM	CALIDAD DE VIDA	NUNCA	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO	CONTÍNUO
Q1	¿Con qué frecuencia es consciente de su problema de rodilla?					
		NO TENGO	LEVEMENTE	MODERADAMENTE	DRÁSTICAMENTE	TOTALMENTE
Q2	¿Ha modificado su estilo de vida para evitar actividades que puedan lesionar su rodilla?					
		NUNCA	LEVEMENTE	MODERADAMENTE	MUCHO	EXCESIVAMENTE
Q3	¿En qué medida está preocupado por la falta de seguridad en su rodilla?					
		NINGUNA	ALGUNAS	POCAS	MUCHAS	TODAS
Q4	En general, ¿cuántas dificultades le crea su rodilla?					