

ENCUESTA CADERA HOOS

Fecha de hoy: ____ / ____ / ____ F. nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre: _____

INSTRUCCIONES: Esta encuesta le pide su opinión sobre su cadera. Esta información nos ayudará a saber cómo se siente respecto a su cadera y en qué medida puede realizar sus actividades habituales.

Responda a cada pregunta marcando la casilla correspondiente, solo una casilla por pregunta. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, responda lo mejor que pueda.

Síntomas

Estas preguntas deben contestarse pensando en los síntomas y dificultades que ha tenido en la cadera durante **la última semana**.

S1. ¿Siente rechinar, oye chasquidos o cualquier otro tipo de ruido procedente de la cadera?

Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S2. Dificultad para separar las piernas

Ninguna	Ligera	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. Dificultad para dar zancadas al andar

Ninguna	Ligera	Moderada	Severa	Extrema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rigidez

Las siguientes preguntas se refieren al grado de rigidez articular que ha experimentado durante **la última semana** en la cadera. La rigidez es una sensación de restricción o lentitud en la facilidad con la que mueve la articulación de la cadera.

S4. ¿Cuál es el grado de rigidez de la articulación de la cadera al levantarse por la mañana?

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S5. ¿Cuál es el grado de rigidez de la cadera después de sentarse, tumbarse o descansar **a lo largo del día**?

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolor

P1. ¿Con qué frecuencia le duele la cadera

Nunca	Cada mes	Cada semana	Cada día	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué grado de dolor de cadera ha experimentado **la última semana** al realizar las siguientes actividades?

P2. Enderezar completamente la cadera

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Qué grado de dolor de cadera ha experimentado **la última semana** al realizar las siguientes actividades?

P3. Doblar completamente la cadera

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P4. Caminar sobre una superficie plana

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P5. Subir o bajar escaleras

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P6. De noche en la cama

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P7. Sentarse o tumbarse

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P8. Estar de pie

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P9. Caminar sobre una superficie dura (asfalto, cemento, etc.)

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P10. Caminar sobre una superficie irregular

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Función, vida cotidiana

Las siguientes preguntas se refieren a su función física. Con ello nos referimos a su capacidad para moverse y cuidar de sí mismo. Para cada una de las siguientes actividades, indique el grado de dificultad que ha experimentado en **la última semana** debido a su cadera.

A1. Bajar escaleras

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A2. Subir escaleras

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A3. Levantarse de la silla

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4. Estar de pie

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para cada una de las siguientes actividades, indique el grado de dificultad que ha experimentado en **la última semana** debido a su cadera.

A5. Agacharse al suelo/Recoger un objeto					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A6. Caminar sobre una superficie plana					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Entrar y salir del					
A7. coche					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A8. Ir de compras					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A9. Ponerse calcetines/medias					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A10. Levantarse de la cama					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A11. Quitarse los calcetines/medias					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A12. Tumbarse en la cama (darse la vuelta, mantener la posición de la cadera)					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A13. Entrar y salir de la bañera					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A14. Sentarse					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A15. Subir y bajar del inodoro					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A16. Tareas domésticas pesadas (mover cajas pesadas, fregar suelos, etc.)					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A17. Tareas domésticas ligeras (cocinar, quitar el polvo, etc.)					
Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Función, deportes y actividades recreativas

Las siguientes preguntas se refieren a su función física cuando realiza actividades de alto nivel. Las preguntas deben responderse pensando en el grado de dificultad que ha experimentado durante **la última semana** debido a su cadera.

SP1. Ponerse en cuclillas

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP2. Correr

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP3. Girar o pivotar sobre la pierna cargada

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SP4. Caminar sobre una superficie desigual

Ninguno	Ligero	Moderado	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calidad de vida

Q1. ¿Con qué frecuencia es consciente de su problema de cadera?

Nunca	Cada mes	Cada semana	Cada día	Constantem ente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. ¿Ha modificado su estilo de vida para evitar actividades potencialmente perjudiciales para la cadera?

En absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Severamente	Totalm ente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q3. ¿En qué medida le preocupa la falta de confianza en su cadera?

En absoluto	Ligeramente	Moderadamente	Severamente	Totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. En general, ¿qué grado de dificultad tiene con su cadera?

Ninguno	Ligero	Moderad o	Severo	Extremo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muchas gracias por contestar a todas las preguntas de este cuestionario.