

Imię i nazwisko:						D:
Instrukcja: Proszę ocenić stopień trudności działania w każdej kategorii według następującego wzoru:						
Skala trudności: 0=brak 1=niewielka 2=umiarkowana 3=duża 4=ekstremalna Proszę zaznaczyć kółkiem jedną cyfrę obok każdej czynności						
Dolegliwości bólowe występujące podczas						
1. chodzenia po płaskiej powierzchni	0	1	2	3	4	
2. wchodzenie po schodach	0	1	2	3	4	
3. leżenia w nocy w łóżku	0	1	2	3	4	
4. odpoczynku (siedzenia lub leżenia)	0	1	2	3	4	
5. obciążania kończyny dolnej	0	1	2	3	4	
Sztywność						
1. sztywność poranna	0	1	2	3	4	
2. sztywność występujące później w ciągu dnia	0	1	2	3	4	
Aktywność fizyczna						
1. schodzenie po schodach	0	1	2	3	4	
2. wchodzenie po schodach	0	1	2	3	4	
3. wstawanie z pozycji siedzącej	0	1	2	3	4	
4. stanie	0	1	2	3	4	
5. schyłanie się do podłogi	0	1	2	3	4	
6. spacer po płaskiej powierzchni	0	1	2	3	4	
7. wsiadanie/wysiadanie do/z samochodu	0	1	2	3	4	
8. pójście po zakupy	0	1	2	3	4	
9. zakładanie skarpetek	0	1	2	3	4	
10. leżenie w łóżku	0	1	2	3	4	
11. zdejmowanie skarpetek	0	1	2	3	4	
12. podnoszenie się z łóżka	0	1	2	3	4	
13. wchodzenie lub wychodzenie z wanny/ spod prysznicza	0	1	2	3	4	
14. siedzenie	0	1	2	3	4	
15. wstawanie/siadanie z/na toalecie	0	1	2	3	4	
16. ciężkie prace domowe	0	1	2	3	4	
17. lekkie prace domowe	0	1	2	3	4	
Wynik końcowy ____/96= ____%						
Komentarze / Interpretacje (uzupełnia terapeuta):						