



Prostor za nalepko

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

EMŠO: \_\_\_\_\_

KZZ št.: \_\_\_\_\_

Bolnišnica/ustanova: \_\_\_\_\_

# Oxfordski vprašalnik za oceno kolka (OHS)

Slovenska različica za Slovenijo

Pred izpolnjevanjem vprašalnika izpolnite naslednje:

**Današnji datum:**

				2	0		
D	D.	M	M.	L	L	L	L

Ime in priimek (z velikimi tiskanimi črkami):

\_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_, KZZ št.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ima bolnišnice/ustanove)

Na kateri strani telesa je prizadeti kolk, **zaradi katerega se zdravite?**

Na desni

Na levi

# TEŽAVE Z VAŠIM KOLKOM

Pri vsakem vprašanju označite (✓) en kvadrateg.

## 1. V zadnjih 4 tednih ...

Kako bi opisali bolečino, ki vam jo običajno povzroča kolk?

Brez bolečin	Zelo blaga	Blaga	Zmerna	Huda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. V zadnjih 4 tednih ...

Ali vam je kolk povzročal kakšne težave pri umivanju in brisanju (celotnega) telesa?

Brez težav	Zelo malo težav	Zmerne težave	Izjemne težave	Nemogoče opraviti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. V zadnjih 4 tednih ...

Ali vam je kolk povzročal kakšne težave pri vstopanju v avto oziroma izstopanju iz njega ali pri uporabi javnega prevoza? (kar običajno uporabljate)

Brez težav	Zelo malo težav	Zmerne težave	Izjemne težave	Nemogoče opraviti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. V zadnjih 4 tednih ...

Ali ste si lahko obuli nogavice, dokolenke ali hlačne nogavice?

Da, zlahka	Z nekaj težavami	Z zmernimi težavami	Z izjemnimi težavami	Ne, nemogoče
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. V zadnjih 4 tednih ...

Ali **bi/ste lahko** samostojno opravljali gospodinjske nakupe?

Da, zlahka	Z nekaj težavami	Z zmernimi težavami	Z izjemnimi težavami	Ne, nemogoče
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. V zadnjih 4 tednih ...

Kako dolgo ste lahko hodili, preden je bolečina v kolku postala **huda**? (s palico ali brez nje)

Brez bolečine/več kot 30 minut	Od 16 do 30 minut	Od 5 do 15 minut	Samo po hiši	Sploh ne/huda bolečina med hojo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 7. V zadnjih 4 tednih ...

Ali ste se lahko povzpeli po stopnicah eno nadstropje?

Da,  
zlahka

Z nekaj  
težavami

Z zmernimi  
težavami

Z izjemnimi  
težavami

Ne,  
nemogoče

### 8. V zadnjih 4 tednih ...

Kako boleče vam je bilo po obroku (sede za mizo) vstati s stola zaradi kolka?

Sploh ni bilo  
boleče

Rahlo boleče

Zmerno boleče

Zelo boleče

Neznosno

### 9. V zadnjih 4 tednih ...

Ste zaradi kolka šepali med hojo?

Redko/  
nikoli

Včasih ali le na  
začetku

Pogosto, ne  
samo na začetku

Večino časa

Ves čas

### 10. V zadnjih 4 tednih ...

Ali ste imeli zaradi prizadetega kolka kakšno nenadno, hudo bolečino – sunkovito ali zbadajočo bolečino ali krče?

Noben dan

Samo 1 ali 2  
dneva

Nekaj dni

Večino dni

Vsak dan

### 11. V zadnjih 4 tednih ...

Koliko je bolečina v kolku motila vaše običajno delo (vključno z gospodinjskimi opravili)?

Sploh ne

Malo

Zmerno

Močno

Popolnoma

### 12. V zadnjih 4 tednih ...

Vas je ponoči v postelji mučila bolečina v kolku?

Nobeno noč

Samo 1 ali 2  
noči

Nekaj noči

Večino noči

Vsako noč

**Zdaj še preverite, ali ste odgovorili na vsako vprašanje.**

**Najlepša hvala.**