

แบบสอบถาม International Knee Documentation Committee ฉบับภาษาไทย

วันที่บันทึก...../...../.....

วันที่ได้รับบาดเจ็บ...../...../.....

อาการ : ประเมินอาการในระดับกิจกรรมสูงสุดที่ท่านคิดว่าสามารถทำได้โดยไม่มีอาการชัดเจน  
ถึงแม้ท่านจะไม่ได้ทำกิจกรรมในระดับนั้นจริงก็ตาม

1. ข้อใดเป็นระดับกิจกรรมสูงสุดที่ท่านสามารถทำได้โดยไม่มีอาการปวดเข่าชัดเจน?

- กิจกรรมหนักมาก จำพวกการกระโดด หรือหมุนตัว ในการเล่นบาสเกตบอล หรือ ฟุตบอล
- กิจกรรมหนัก จำพวกการออกกำลังกายหนัก การเล่นเทนนิส
- กิจกรรมปานกลาง จำพวกการออกกำลังกายระดับปานกลาง การวิ่งหรือจ็อกกิ้ง
- กิจกรรมเบา จำพวกการเดิน ทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้
- ไม่สามารถทำกิจกรรมข้างต้นได้เลยเนื่องจากปวดเข่า

2. ในช่วง 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมา หรือตั้งแต่ท่านได้รับบาดเจ็บ ท่านรู้สึกปวดบ่อยเพียงใด?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ปวดเลย	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ตลอดเวลา

3. หากท่านรู้สึกปวด อาการปวดนั้นมีความรุนแรงเท่าใด?

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ไม่ปวด	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ปวดที่สุดเท่าที่จะจินตนาการได้

4. ในช่วง 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมา หรือตั้งแต่ท่านได้รับบาดเจ็บ เข่าของท่านมีอาการข้อฝืดแข็งหรือบวมแค่ไหน?

- ไม่เลย
- น้อย
- ปานกลาง
- มาก
- มากที่สุด

5. ข้อใดเป็นระดับกิจกรรมสูงสุดที่ท่านสามารถทำได้โดยไม่มีอาการเข่าบวมชัดเจน?

- กิจกรรมหนักมาก จำพวกการกระโดด หรือหมุนตัว ในการเล่นบาสเกตบอล หรือ ฟุตบอล
- กิจกรรมหนัก จำพวกการออกกำลังกายหนัก การเล่นเทนนิส
- กิจกรรมปานกลาง จำพวกการออกกำลังกายระดับปานกลาง การวิ่งหรือจ็อกกิ้ง
- กิจกรรมเบา จำพวกการเดิน ทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้
- ไม่สามารถทำกิจกรรมข้างต้นได้เลยเนื่องจากเข่าบวม

6. ในช่วง 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมา หรือตั้งแต่ท่านได้รับบาดเจ็บ เข่าของท่านมีอาการข้อติดหรือข้อขัดหรือไม่?

- มี  ไม่มี

7. ข้อใดเป็นระดับกิจกรรมสูงสุดที่ท่านสามารถทำได้โดยไม่มีอาการข้อเข่าทรุดอย่างชัดเจน?

- กิจกรรมหนักมาก จำพวกการกระโดด หรือหมุนตัว ในการเล่นบาสเกตบอล หรือ ฟุตบอล
- กิจกรรมหนัก จำพวกการออกกำลังกายหนัก การเล่นเทนนิส
- กิจกรรมปานกลาง จำพวกการออกกำลังกายระดับปานกลาง การวิ่งหรือจ็อกกิ้ง
- กิจกรรมเบา จำพวกการเดิน ทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้
- ไม่สามารถทำกิจกรรมข้างต้น ได้เลยเนื่องจากข้อเข่าทรุด

กิจกรรมกีฬา:

8. ข้อใดเป็นระดับกิจกรรมสูงสุดที่ท่านสามารถทำได้เป็นกิจวัตรปกติ?

- กิจกรรมหนักมาก จำพวกการกระโดด หรือหมุนตัว ในการเล่นบาสเกตบอล หรือ ฟุตบอล
- กิจกรรมหนัก จำพวกการออกกำลังกายหนัก การเล่นเทนนิส
- กิจกรรมปานกลาง จำพวกการออกกำลังกายระดับปานกลาง การวิ่งหรือจ็อกกิ้ง
- กิจกรรมเบา จำพวกการเดิน ทำงานบ้าน รดน้ำต้นไม้
- ไม่สามารถทำกิจกรรมข้างต้น ได้เลยเนื่องจากเข่า

9. เข่าของท่านมีผลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมเหล่านี้อย่างไร

ทำได้ไม่ลำบากเลย    ลำบากเล็กน้อย    ลำบากปานกลาง    ลำบากมาก    ไม่สามารถทำได้

ก. ขึ้นบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข. ลงบันได	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค. กู้เข่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง. นั่งยอง ๆ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ. นั่งอเข่า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ. ลุกจากเก้าอี้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ช. วิ่งตรงไปข้างหน้า	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ซ. กระโดดและลงพื้นด้วยขาข้างที่มีอาการ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฅ. หยุดและออกตัวอย่างรวดเร็ว	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

การใช้งาน:

10. ท่านจะประเมินการใช้งานของเข่าท่านอย่างไร ด้วยคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดย 10 หมายถึงปกติ ใช้งานได้ดีมาก และ 0 หมายถึงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันของท่านได้ ซึ่งอาจรวมถึงการเล่นกีฬาด้วย

การใช้งานก่อนการบาดเจ็บของเข่าท่าน

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
ไม่สามารถทำ กิจวัตรประจำวันได้	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ไม่มีข้อจำกัดในการ ทำกิจวัตรประจำวัน

การใช้งานของเข่าท่านในปัจจุบัน

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

ไม่สามารถทำ

ไม่มีข้อจำกัดในการกิจวัตรประจำวันได้

ทำกิจวัตรประจำวัน