

Michigan Hand Outcome Questionnaire

Kwestionariusz oceny funkcji ręki Michigan

Imię i nazwisko badającego Imię i nazwisko pacjenta.....

Poniższe pytania dotyczą funkcji Pana/Pani ręki i/lub nadgarstka **w ciągu ostatniego tygodnia**

1. Jak ogólnie ocenia Pan/ Pani funkcję ręki

- Bardzo dobra
- Dobra
- Zadowolająca
- Słaba
- Bardzo słaba

2. Jak ocenia Pan/Pani ruchomość palców

- Bardzo dobrze
- Dobrze
- Zadowolająco
- Słabo
- Bardzo słabo

3. Jak ocenia Pan/Pani ruchomość nadgarstka

- Bardzo dobra
- Dobra
- Zadowolająca
- Słaba
- Bardzo słaba

4. Jaka ocenia Pan/Pani siłę ręki

- Bardzo dobra
- Dobra
- Zadowolająca
- Słaba
- Bardzo słaba

5. Jakie było czucie w obrębie Pana/Pani ręki

- Bardzo dobre
- Dobre
- Zadowolające
- Słabe
- Bardzo słabe

6. Naciskanie klamki

- Bez trudu
- Z niewielkim trudem
- Umiarkowanie trudne
- Trudne
- Bardzo trudne

7. Podniesienie monety

- Bez trudu
- Z niewielkim trudem
- Umiarkowanie trudne
- Trudne
- Bardzo trudne

8. Podniesienie szklanki z wodą

- Bez trudu
- Z niewielkim trudem
- Umiarkowanie trudne
- Trudne
- Bardzo trudne

9. Przekręcenie klucza w zamku

- Bez trudu
- Z niewielkim trudem
- Umiarkowanie trudne
- Trudne
- Bardzo trudne

10. Trzymanie patelni

- Bez trudu
- Z niewielkim trudem
- Umiarkowanie trudne
- Trudne
- Bardzo trudne

11. Odkręcanie słoika

- Bez trudu
- Z niewielkim trudem
- Umiarkowanie trudne
- Trudne
- Bardzo trudne

12. Zapinanie guzików koszuli

- Bez trudu
- Z niewielkim trudem
- Umiarkowanie trudne
- Trudne
- Bardzo trudne

13. Jedzenie nożem i widelcem

- Bez trudu
- Z niewielkim trudem
- Umiarkowanie trudne
- Trudne
- Bardzo trudne

14. Noszenie torby z zakupami

- Bez trudu
 - Z niewielkim trudem
 - Umiarkowanie trudne
 - Trudne
 - Bardzo trudne
-

15. Zmywanie naczyń

- Bez trudu
- Z niewielkim trudem
- Umiarkowanie trudne
- Trudne
- Bardzo trudne

16. Mycie głowy

- Bez trudu
 - Z niewielkim trudem
 - Umiarkowanie trudne
 - Trudne
 - Bardzo trudne
-

17. Zawiązywanie sznurówek lub węzłów

- Bez trudu
- Z niewielkim trudem
- Umiarkowanie trudne
- Trudne
- Bardzo trudne

18. Jak często nie mógł/a Pan/Pani wykonywać swojej pracy ze względu na problemy z ręką lub nadgarstkiem

- Zawsze
 - Często
 - Czasami
 - Rzadko
 - Nigdy
-

19. Jak często musiał/a Pan/Pani skrócić swój dzień pracy ze względu na problemy z ręką

- Zawsze
- Często
- Czasami
- Rzadko
- Nigdy

20. Jak często musiał/a Pan/Pani wykonywać cięższą pracę ze względu na problemy z ręką

- Zawsze
 - Często
 - Czasami
 - Rzadko
 - Nigdy
-

21. Jak często nie wykonał/a Pan/Pani części pracy ze względu na problemy z ręką

- Zawsze
- Często
- Czasami
- Rzadko
- Nigdy

22. Jak często problemy z ręką wydłużały wykonywanie czynności w pracy

- Zawsze
 - Często
 - Czasami
 - Rzadko
 - Nigdy
-

23. Jak często odczuwał/a Pan/Pani ból ręki lub nadgarstka

- Stale
- Często
- Czasami
- Rzadko
- Nigdy

24. Proszę ocenić nasilenie bólu, który odczuwał/a Pan/Pani w obrębie ręki lub nadgarstka

- Bardzo słaby
- Słaby
- Umiarkowany
- Silny
- Bardzo silny

25. Jak często ból ręki zakłócał Pana/Pani sen

- Ciągłe
- Często
- Czasami
- Rzadko
- Nigdy

26. Jak często ból ręki zakłócał codzienne czynności (jak jedzenie czy kąpiel)

- Ciągłe
- Często
- Czasami
- Rzadko
- Nigdy

27. Jak często ból ręki sprawiał, że był/a Pan/Pani niezadowolony/a

- Ciągłe
- Często
- Czasami
- Rzadko
- Nigdy

28. Byłem zadowolony/a z wyglądu mojej ręki

- Zdecydowanie się zgadzam
- Zgadzam się
- Nie mam zdania
- Nie zgadzam się
- Zdecydowanie się nie zgadzam

29. Wygląd mojej ręki powodował czasami poczucie dyskomfortu wśród ludzi

- Zdecydowanie się zgadzam
- Zgadzam się
- Nie mam zdania
- Nie zgadzam się
- Zdecydowanie się nie zgadzam

30. Wygląd mojej ręki powodował moje przygnębienie

- Zdecydowanie się zgadzam
- Zgadzam się
- Nie mam zdania
- Nie zgadzam się
- Zdecydowanie się nie zgadzam

31. Wygląd mojej ręki zakłóca moją normalną aktywność towarzyską

- Zdecydowanie się zgadzam
- Zgadzam się
- Nie mam zdania
- Nie zgadzam się
- Zdecydowanie się nie zgadzam

32. Ogólnie funkcja Pana/Pani ręki

- Bardzo zadowolony/a
- Zadowolony/a
- Trudno ocenić
- Niezadowolony/a
- Bardzo niezadowolony/a

33. Ruchomość Pana/Pani nadgarstka

- Bardzo zadowolony/a
- Zadowolony/a
- Trudno ocenić
- Niezadowolony/a
- Bardzo niezadowolony/a

34. Siła Pana/Pani ręki

- Bardzo zadowolony/a
- Zadowolony/a
- Trudno ocenić
- Niezadowolony/a
- Bardzo niezadowolony/a

35. Nasilenie bólu w Pana/Pani ręce

- Bardzo zadowolony/a
- Zadowolony/a
- Trudno ocenić
- Niezadowolony/a
- Bardzo niezadowolony/a

36. Czucie w Pana/Pani ręce

- Bardzo zadowolony/a
- Zadowolony/a
- Trudno ocenić/a
- Niezadowolony/a
- Bardzo niezadowolony/a

Data wypełnienia