

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)

Instructions :

Ce questionnaire vous demande votre opinion sur votre genou. Il nous permettra de mieux connaître ce que vous ressentez et ce que vous êtes capable de faire dans votre activité de tous les jours.

Répondez à chaque question. Veuillez cocher une seule case par question. En cas de doute, cochez la case qui vous semble la plus adaptée à votre cas.

Symptômes :

Ces questions concernent vos symptômes au cours des **huit derniers jours**.

S1. Est-ce que votre genou gonfle ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Tout le temps

S2. Ressentez-vous des ou entendez-vous des craquements ou n'importe quel autre type de bruit en bougeant le genou ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Tout le temps

S3. Est-ce que votre genou accroche ou se bloque en bougeant ?

Jamais

Rarement

Parfois

Souvent

Tout le temps

S4. Pouvez-vous étendre votre genou complètement ?

Toujours

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

S5. Pouvez-vous plier votre genou complètement ?

Toujours

Souvent

Parfois

Rarement

Jamais

Raideur :

Ces questions concernent la raideur de votre genou au cours des **huit derniers jours**. La raideur est la sensation d'avoir du mal à bouger le genou.

S6. Le matin au réveil, la raideur de votre genou est :

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

S7. Après être resté(e) assis(e), couché(e), ou au repos pendant la journée, la raideur de votre genou est :

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

Douleur :

P1. Avez-vous souvent mal au genou ?

Jamais

Une fois par mois

Une fois par
semaine

Tous les jours

Tout le temps

Au cours des **huit derniers jours**, quelle a été l'importance de votre douleur du genou en faisant les activités suivantes ?

P2. En tournant, pivotant sur votre jambe

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

P3. En étendant complètement le genou

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

P4. En pliant complètement le genou

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

P5. En marchant sur un terrain plat

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

P6. En montant ou en descendant les escaliers

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

P7. Au lit la nuit

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

P8. En restant assis(e) ou couché(e)

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

P9. En restant debout

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

Fonction, vie quotidienne :

Les questions suivantes concernent ce que vous êtes capable de faire. Au cours des **huit derniers jours**, quelle a été votre difficulté pour chacune des activités suivantes ?

A1. Descendre les escaliers

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A2. Monter les escaliers

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A3. Vous relever d'une position assise

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A4. Rester debout

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A5. Vous pencher en avant pour ramasser un objet

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

A6. Marcher sur un terrain plat

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A7. Monter ou descendre de voiture

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A8. Faire vos courses

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A9. Mettre vos chaussettes ou vos collants

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A10. Sortir du lit

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A11. Enlever vos chaussettes ou vos collants

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A12. Vous retourner ou garder le genou dans la même position en étant couché(e)

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A13. Entrer ou sortir d'une baignoire

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

A14. Rester assis(e)

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A15. Vous asseoir ou vous relever des toilettes

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A16. Faire de gros travaux ménagers (déplacer des objets lourds, récurer les sols ...)

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

A17. Faire des petits travaux ménagers (faire la cuisine, faire la poussière ...).

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

Activités, sport et loisirs :

Les questions suivantes concernent ce que vous êtes capable de faire au cours d'autres activités. Au cours des huit derniers jours, quelle a été votre difficulté pour les activités suivantes ?

SP1. Rester accroupi(e)

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

SP2. Courir

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

SP3. Sauter

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

SP4. Tourner, pivoter sur votre jambe

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

Nom du patient :

Date de naissance : / /

Prénom :

Date de l'examen : / /

SP5. Rester à genoux

Absente

Légère

Modérée

Forte

Extrême

Qualité de vie :

Q1. Pensez-vous souvent à votre problème de genou ?

Jamais

Une fois par mois

Une fois par
semaine

Tous les jours

Tout le temps

Q2. Avez-vous modifié votre façon de vivre pour éviter les activités qui pourraient aggraver votre problème de genou ?

Pas du tout

Un peu

Modérément

Beaucoup

Totalement

Q3. Est-ce qu'un manque de confiance dans votre genou vous gêne ?

Pas du tout

Un peu

Modérément

Beaucoup

Totalement

Q4. Finalement, êtes-vous gêné(e) par votre genou ?

Pas du tout

Un peu

Modérément

Beaucoup

Totalement

*****Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire*****