

ATRS - 6 månader

(Achilles tendon Total Rupture Score)

Alla frågor avser hur du upplever eventuella besvär på grund av din skadade hälsena

Markera med ett kryss i den ruta som bäst motsvarar din uppfattning!

1. Är du begränsad av minskad kraft i vaden/hälsenan/foten?

**mycket
begränsad**

<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**inte alls
begränsad**

Poäng

2. Är du begränsad av att du blir trött i vaden/hälsenan/foten?

**mycket
begränsad**

<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**inte alls
begränsad**

Poäng

3. Är du begränsad av stelhet i vaden/hälsenan/foten?

**mycket
begränsad**

<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**inte alls
begränsad**

Poäng

4. Är du begränsad av smärta i vaden/hälsenan/foten?

**mycket
begränsad**

<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**inte alls
begränsad**

Poäng

5. Är du begränsad i ditt dagliga liv?

**mycket
begränsad**

<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**inte alls
begränsad**

Poäng

Signatur studiepersonal:

OBS!

Fortsätt på nästa sida!

Datum:
Personnummer:

ATRS 6 månader - sida 2

Alla frågor avser hur du upplever eventuella besvär på grund av din skadade hälsena

Markera med ett kryss i den ruta som bäst motsvarar din uppfattning!

6. Är du begränsad när du går på ojämnt underlag?

mycket
begränsad

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

inte alls
begränsad

Poäng

--

7. Är du begränsad när du går raskt uppför en trappa/backe?

mycket
begränsad

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

inte alls
begränsad

Poäng

--

8. Är du begränsad vid aktiviteter som innebär att springa?

mycket
begränsad

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

inte alls
begränsad

Poäng

--

9. Är du begränsad vid aktiviteter som innebär att hoppa?

mycket
begränsad

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

inte alls
begränsad

Poäng

--

10. Är du begränsad att utföra hårt fysiskt arbete?

mycket
begränsad

<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"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

inte alls
begränsad

Poäng

--

Signatur studiepersonal: