

# Olerud-Molander Outcome Score (OMAS) (6mån)

Namn: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

*Kryssa för det alternativ som bäst stämmer in med dig /din fotled (idag).*

*Besväras du av:*

- Smärta
- Nej
  - Vid gång på ojämnt underlag
  - Vid gång på jämnt underlag utomhus
  - Vid gång inomhus
  - Konstant och svår smärta

- Stelhet
- Ja
  - Nej

- Svullnad
- Nej
  - Endast på kvällen
  - Konstant

*Hur klarar du*

- trappgång
- Inga besvär
  - Påverkad
  - Omöjligt
- Löpning
- Möjligt
  - Omöjligt

- Hoppa
- Möjligt
  - Omöjligt

- Sitta på huk
- Möjligt
  - Omöjligt

*Använder du*

- Hjälpmedel
- Nej
  - Stödförband
  - Käpp/kryckor

*Hur fungerar du i ditt*

- Arbete
- Opåverkad
  - Sämre än tidigare
  - Bytt till enklare arbete/deltidsarbete
  - Kraftigt påverkad arbetsförmåga