

Olerud-Molander Outcome Score (OMAS) (12mån)

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