

OXFORD SHOULDER SCORE

NHC y Nombre del Paciente

Operación/Diagnostico:

Fecha:

Lateralidad: R L

Examen:	Pre-op		
	3 meses	6 meses	
	1 año	2 años	___ años

Durante las últimas 4 semanas.....

1. ¿Cómo describirías el dolor de tu hombro?
 - A. Ninguno
 - B. Poco
 - C. Moderado
 - D. Severo
 - E. Insoportable

2. ¿Ha tenido dificultad en vestirse, debido al dolor de su hombro?
 - A. Ninguna
 - B. Poca dificultad
 - C. Moderada dificultad
 - D. Extrema dificultad
 - E. Imposible realizarlo

3. ¿Ha tenido alguna dificultad al subir o bajar del coche o transporte publico?
 - A. Sin dificultad
 - B. Poca dificultad
 - C. Moderada dificultad
 - D. Extrema dificultad
 - E. Imposible realizarlo

4. ¿Ha podido utilizar cuchillo y tenedor al mismo tiempo?
 - A. Sin dificultad
 - B. Poca dificultad
 - C. Moderada dificultad
 - D. Extrema dificultad
 - E. Imposible realizarlo

5. ¿Ha podido realizar la compra usted sólo?
 - A. Con facilidad
 - B. Con poca dificultad
 - C. Con moderada dificultad
 - D. Con extrema dificultad
 - E. Imposible realizarlo

6. ¿Puede usted llevar una bandeja con comida a través de tu cuarto?
- A. Con facilidad
 - B. Con poca dificultad
 - C. Con moderada dificultad
 - D. Con extrema dificultad
 - E. Imposible realizarlo
7. ¿Puede usted lavarse y peinarse la cabeza sin dificultad?
- A. Con facilidad
 - B. Con poca dificultad
 - C. Con moderada dificultad
 - D. Con extrema dificultad
 - E. Imposible realizarlo
8. ¿Cómo describiría el dolor en el hombro que suele tener?
- A. Ninguno
 - B. Ocasionalmente
 - C. Poco
 - D. Moderado
 - E. Severo
9. ¿Puede colgar ropa en el armario con el hombro?
- A. Con facilidad
 - B. Con poca dificultad
 - C. Con moderada dificultad
 - D. Con extrema dificultad
 - E. Imposible realizarlo
10. ¿Ha sido capaz de secarse ambas axilas con la toalla tras la ducha?
- A. Con facilidad
 - B. Con poca dificultad
 - C. Con moderada dificultad
 - D. Con extrema dificultad
 - E. Imposible realizarlo
11. ¿Cuándo le ha molestado el dolor en su hombro durante su trabajo?
- A. Nunca
 - B. Ocasionalmente
 - C. A veces
 - D. Habitualmente
 - E. Siempre
12. ¿Le ha despertado el dolor de hombro por la noche?
- A. Nunca
 - B. 1 o 2 noches
 - C. Algunas noches
 - D. La mayoría de las noches
 - E. Todas las noches