Appendix 1: Italian version of the Achilles tendon Total Rupture Score (ATRS)

Data: ____/____/_____ Data di nascita____/____/_____

Nome e Cognome:_____

ISTRUZIONI: Questo questionario intende valutare le limitazioni/difficoltà che Lei prova a causa della lesione del Suo tendine di Achille.

Risponda a ciascuna domanda, quantificando le Sue limitazioni/difficoltà da 0 a 10 (solo una risposta per ciascuna domanda). Ricordi: 0=grave limitazione, 10=nessuna limitazione. Marchi il numero che meglio rispecchia il Suo livello di impedimento.

1. Ha delle limitazioni dovute alla diminuzione della forza del polpaccio/tendine di achille/piede?

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (nessuna limitazione)

2. Ha delle limitazioni dovute alla stanchezza al polpaccio/tendine di achille/piede?

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (nessuna limitazione)

3. Ha delle limitazioni dovute alla rigidità del polpaccio/tendine di achille/piede?

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (nessuna limitazione)

4. Ha delle limitazioni dovute al dolore al polpaccio/tendine di achille/piede?

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (nessuna limitazione)

5. Ha difficoltà nello svolgimento delle Sue attività quotidiane abituali?

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (nessuna limitazione)

6. Ha difficoltà quando cammina su una superficie irregolare?

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (nessuna limitazione)

7. Ha difficoltà quando sale rapidamente le scale o cammina in salita?

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (nessuna limitazione)

8. Ha difficoltà durante le attività che includono la corsa?

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (nessuna limitazione)

9. Ha difficoltà durante le attività che includono i salti?

   0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (nessuna limitazione)

10. E' limitato quando esegue lavori pesanti?

    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (nessuna limitazione)

Grazie per aver completato il questionario