

Patient Label

UNIVERSITY of CALIFORNIA • IRVINE
HEALTHCARE

**KNEE REPLACEMENT EXPECTATIONS SURVEY
PRE SURGERY**

Mark an X on the number that best describes your response to each question.

| How important are these expectations in the treatment for your knee? | Very Important | Somewhat Important | A Little Important | I Do Not Expect This | This Does Not Apply To Me |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Relieve pain | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| If you expect this, mark an X on one: <input type="checkbox"/> relieve some pain <input type="checkbox"/> relieve most pain <input type="checkbox"/> relieve all pain | | | | | |
| Improve ability to walk | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| If you expect this, mark an X on one: <input type="checkbox"/> short distance (indoors, 1 block) <input type="checkbox"/> medium distance (take a walk, less than 1 mile) <input type="checkbox"/> long distance (more than 1 mile) | | | | | |
| Remove the need for a cane, crutch or walker | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Make knee or leg straight | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve ability to go up stairs | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve ability to go down stairs | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve ability to kneel | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve ability to squat | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve ability to use public transportation or drive | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Be employed for monetary reimbursement | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve ability to participate in recreational activities (for example, dancing, pleasure travel) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve ability to perform daily activities (for example, daily routine, household chores) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve ability to exercise or participate in sports | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve ability to change position (for example, go from sitting to standing or from standing to sitting) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve ability to interact with others (for example, take care of someone, play with children) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve sexual activity | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Improve psychological well-being | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Patient Signature: _____ Date: _____ Time: _____

Provider Signature/Title: _____ Date: _____ Time: _____

All documentation must indicate the specific date and time of entry and a signature complete with identifying credential, title or classification.



Patient Label

UNIVERSITY of CALIFORNIA • IRVINE
HEALTHCARE

**KNEE REPLACEMENT EXPECTATIONS SURVEY
PRE SURGERY**

Marque con una X el número que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

| ¿Qué tan importantes son estas expectativas en el tratamiento de su rodilla? | Muy importantes | Algo importantes | Un poco importantes | No tengo expectativas | Esto no se aplica a mí |
|--|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Alivio del dolor | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Si esto es parte de sus expectativas, marque la respuesta con una X: | <input type="checkbox"/> aliviar un poco el dolor <input type="checkbox"/> aliviar la mayor parte del dolor <input type="checkbox"/> aliviar todo el dolor | | | | |
| Mejorar la capacidad para caminar | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Si esto es parte de sus expectativas, marque la respuesta con una X: | <input type="checkbox"/> distancias cortas (en casa, 1 cuadra) <input type="checkbox"/> distancias intermedias (caminatas, menos de una milla (1.6 km)) <input type="checkbox"/> distancias largas (más de 1 milla (1.6 km)) | | | | |
| Eliminar la necesidad de usar bastón, muletas o andaderas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Enderezar la rodilla o la pierna | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la capacidad de subir gradas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la capacidad de bajar gradas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la capacidad para arrodillarse | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la capacidad para colocarse en cuclillas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la capacidad de utilizar el transporte público o conducir | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Obtener empleo para recibir remuneración monetaria | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la capacidad de participar en actividades recreativas (por ejemplo: bailar, realizar viajes de placer) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la capacidad de realizar actividades diarias (por ejemplo: rutina diaria, tareas domésticas) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la capacidad de hacer ejercicio o participar en deportes | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la capacidad de cambiar de posición (por ejemplo, ir de sentarse a ponerse de pie, o de estar de pie a sentarse) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la capacidad de interactuar con otros (por ejemplo: cuidar a alguien, jugar con los niños) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar la actividad sexual | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Mejorar el bienestar psicológico | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Firma/título del proveedor: _____ Fecha: _____ Hora: _____

Toda documentación debe indicar la fecha y hora específicas de ingreso y una firma completa con credencial de identificación, título o clasificación.