

LADON distal radius

Lets **A**gree to **D**isagree on **O**perative versus **N**onoperative (LADON) treatment for distal radius fractures in the elderly. The study protocol for a prospective international multicenter cohort study.

Patienten ID: _____

Fragebogen 1 (zum Zeitpunkt des Studieneinschlusses)

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?

- Selbstständig ohne Unterstützung
- Selbstständig mit Unterstützung durch Familienangehörige/Spitex
- Altersheim/Pflegeheim

Verwenden Sie Gehhilfen?

- keine
- 1-2 Gehstöcke
- Rollator/Böckli
- nicht gehfähig (Rollstuhl)

Wie gross sind Sie? _____cm

Wie schwer sind Sie? _____kg

PRWE (Patient-Rated Wrist Evaluation Score)

Die unten aufgeführten Fragen sollten uns helfen, das Ausmass der Schwierigkeiten, die Sie wegen Ihres Handgelenks in der letzten Woche (VOR DEM UNFALL) hatten, zu verstehen. Sie werden gebeten, auf einer Skala von 0 bis 10 anzugeben, wie stark Ihre Handgelenksbeschwerden bei den folgenden Tätigkeiten in der letzten Woche durchschnittlich waren.

Bitte beantworten Sie ALLE Fragen. Wenn Sie eine (oder mehrere) der Tätigkeiten in der letzten Woche nicht ausgeführt haben, SCHÄTZEN Sie bitte das Ausmass der Schmerzen oder Schwierigkeiten ein, die Sie erwarten würden. Wenn Sie eine Tätigkeit niemals ausgeführt haben, kreuzen Sie bitte jeweils „trifft nicht zu“ an.

SCHMERZEN

Bitte geben Sie die durchschnittliche Stärke der Schmerzen in Ihrem Handgelenk in der letzten Woche an (VOR DEM UNFALL), indem Sie die Zahl auf der Skala von 0 bis 10 ausfüllen, die Ihre Schmerzen am besten beschreibt. Null (0) bedeutet, dass Sie keinerlei Schmerzen hatten und Zehn (10) bedeutet, dass Sie die schlimmsten Schmerzen hatten, die Sie je erlebt haben oder, dass Sie die Tätigkeit aufgrund der Schmerzen nicht ausführen konnten.

Bitte geben Sie die Stärke Ihrer Schmerzen an:

	Keine Schmerzen										Schlimmste Schmerzen
In Ruhe	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Bei Tätigkeiten mit wiederholter Bewegung des Handgelenkes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Beim Heben eines schweren Gegenstandes	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Wenn sie am stärksten sind	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	Nie										Immer
Wie häufig haben Sie Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Funktionsfähigkeit - Bestimmte Tätigkeiten

Bitte geben Sie an, wie viele Schwierigkeiten Sie in der letzten Woche (VOR DEM UNFALL) bei jeder der unten aufgeführten Tätigkeiten hatten. Bitte kreuzen Sie die Zahl von 0 bis 10 an, die das Ausmass Ihrer Schwierigkeiten am besten beschreibt.

Null (0) bedeutet, dass Sie keinerlei Schwierigkeiten hatten und Zehn (10) bedeutet, dass die Schwierigkeiten so groß waren, dass Sie die Tätigkeit nicht ausführen konnten. Wenn Sie eine Tätigkeit niemals ausgeführt haben, kreuzen Sie bitte den Punkt „trifft nicht zu“ an.

	Keine Schwierigkeiten											unmöglich	Trifft nicht zu
Mit betroffener Hand Türknauf drehen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit betroffener Hand Fleisch mit dem Messer schneiden	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein Hemd oder eine Bluse zuknöpfen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die betroffene Hand nutzen, um von einem Stuhl aufzustehen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit der betroffenen Hand einen 5kg schweren Gegenstand tragen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mit der betroffenen Hand das Toilettenpapier benutzen	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Funktionsfähigkeit - Gewöhnliche Tätigkeiten

Bitte geben Sie an, wie viele Schwierigkeiten Sie in der letzten Woche (VOR DEM UNFALL) bei Ihren gewöhnlichen Tätigkeiten in jedem der unten genannten Bereiche hatten. Bitte füllen Sie die Zahl von 0 bis 10 aus, die das Ausmass Ihrer Schwierigkeiten am besten beschreibt. Unter „gewöhnliche Tätigkeiten“ verstehen wir die Aktivitäten, die Sie ausführten, bevor die Probleme mit Ihrem Handgelenk begannen. Null (0) bedeutet, dass Sie keinerlei Schwierigkeiten hatten und Zehn (10) bedeutet, dass Sie so große Schwierigkeiten hatten, dass Sie keine dieser gewöhnlichen Tätigkeit ausführen konnten. Wenn Sie eine Tätigkeit niemals ausgeführt haben, kreuzen Sie bitte den Punkt „trifft nicht zu“ an.

	Keine Schwierigkeiten											unmöglich	Trifft nicht zu
Persönliche Körperpflege (Anziehen, Waschen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausarbeit (Putzen, Aufräumen, kleine Reparaturen)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeit (Beruf oder Alltagstätigkeiten)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freizeitaktivitäten	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PASE (Physical activity scale for the elderly)

Bitte kreuzen Sie die korrekte Antwort an oder füllen die entsprechende Lücke aus. Die Fragen beziehen sich auf die letzten 7 Tage VOR dem Unfall.

FREIZEITAKTIVITÄT

1) Wie oft waren Sie während der letzten 7 Tage mit sitzenden Tätigkeiten beschäftigt wie z.B. Lesen, Fernsehen oder Handarbeiten?

[0.] Nie

[1.] Selten
(1-2 Tage)

[2.] Manchmal
(3-4 Tage)

[3.] Oft
(5-7 Tage)

↓

↓

↓

↓

Gehen Sie zu Frage 2

1a) Um welche Aktivitäten handelte es sich dabei?

1b) Wie viele Stunden pro Tag waren Sie im Durchschnitt mit diesen sitzenden Tätigkeiten beschäftigt?

[1.] Weniger als 1 Stunde

[2.] 1 Stunde aber weniger als 2 Stunden

[3.] 2-4 Stunden

[4.] Mehr als 4 Stunden

2) Wie oft waren Sie während der letzten 7 Tage aus irgendeinem Grund im Freien zu Fuss unterwegs? Zum Beispiel zum Spass oder Training, zur Arbeit, mit dem Hund spazieren gehen, etc.?

[0.] Nie

[1.] Selten
(1-2 Tage)

[2.] Manchmal
(3-4 Tage)

[3.] Oft
(5-7 Tage)

↓

↓

↓

↓

Gehen Sie zu Frage 3

2a) Wie viele Stunden pro Tag waren Sie im Durchschnitt zu Fuss unterwegs?

[1.] Weniger als 1 Stunde

[2.] 1 Stunde aber weniger als 2 Stunden

[3.] 2-4 Stunden

[4.] Mehr als 4 Stunden

3) Wie oft waren Sie während der letzten 7 Tage mit leichten Sport- oder Freizeitaktivitäten beschäftigt wie z.B. Minigolf, Frisbee, Fischen, Bogenschiessen oder ähnlichen Aktivitäten?

- | | | | |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------|
| [0.] Nie | [1.] Selten
(1-2 Tage) | [2.] Manchmal
(3-4 Tage) | [3.] Oft
(5-7 Tage) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |

Gehen Sie zu Frage 4

3a) Um welche Aktivitäten handelte es sich dabei?

3b) Wie viele Stunden pro Tag waren Sie im Durchschnitt mit diesen leichten Sport- oder Freizeitaktivitäten beschäftigt?

- | | |
|---------------------------|--|
| [1.] Weniger als 1 Stunde | [2.] 1 Stunde aber weniger als 2 Stunden |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| [3.] 2-4 Stunden | [4.] Mehr als 4 Stunden |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4) Wie oft waren Sie während der letzten 7 Tage mit moderaten Sport- oder Freizeitaktivitäten beschäftigt wie z.B. gemütliches Fahrradfahren, Tennis (Doppel), Turnen, Wassergymnastik, Gesellschaftstanz, Golf oder ähnlichen Aktivitäten?

- | | | | |
|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------|
| [0.] Nie | [1.] Selten
(1-2 Tage) | [2.] Manchmal
(3-4 Tage) | [3.] Oft
(5-7 Tage) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ↓ | ↓ | ↓ | ↓ |

Gehen Sie zu Frage 5

4a) Um welche Aktivitäten handelte es sich dabei?

4b) Wie viele Stunden pro Tag waren Sie im Durchschnitt mit diesen moderaten Sport- oder Freizeitaktivitäten beschäftigt?

- | | |
|---------------------------|--|
| [1.] Weniger als 1 Stunde | [2.] 1 Stunde aber weniger als 2 Stunden |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| [3.] 2-4 Stunden | [4.] Mehr als 4 Stunden |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

5) Wie oft waren Sie während der letzten 7 Tage mit anstrengenden Sport- oder Freizeitaktivitäten beschäftigt wie z.B. Wandern, Joggen, sportliches Fahrradfahren, Schwimmen, Tennis (Einzel), Skifahren, Langlaufen oder ähnlichen Aktivitäten?

[0.] Nie

[1.] Selten
(1-2 Tage)

[2.] Manchmal
(3-4 Tage)

[3.] Oft
(5-7 Tage)

↓

↓

↓

↓

Gehen Sie zu Frage 6

5a) Um welche Aktivitäten handelte es sich dabei?

5b) Wie viele Stunden pro Tag waren Sie im Durchschnitt mit diesen anstrengenden Sport- oder Freizeitaktivitäten beschäftigt?

[1.] Weniger als 1 Stunde

[2.] 1 Stunde aber weniger als 2 Stunden

[3.] 2-4 Stunden

[4.] Mehr als 4 Stunden

6) Wie oft haben Sie während der letzten 7 Tage Übungen durchgeführt, um spezifisch Ihre Muskelkraft zu verbessern wie z.B. Krafttraining mit Maschinen oder Hanteln, Liegestützen, etc.?

[0.] Nie

[1.] Selten
(1-2 Tage)

[2.] Manchmal
(3-4 Tage)

[3.] Oft
(5-7 Tage)

↓

↓

↓

↓

Gehen Sie zu Frage 7

6a) Um welche Aktivitäten handelte es sich dabei?

6b) Wie viele Stunden pro Tag waren Sie im Durchschnitt mit Übungen beschäftigt, die Ihre Muskelkraft verbessern?

[1.] Weniger als 1 Stunde

[2.] 1 Stunde aber weniger als 2 Stunden

[3.] 2-4 Stunden

[4.] Mehr als 4 Stunden

HAUSHALTSAKTIVITÄT

	Ja	Nein
7) Haben Sie während der letzten 7 Tage leichte Hausarbeit verrichtet wie z.B. Geschirrspülen, Wäsche waschen, Kochen oder Bügeln?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) Haben Sie während der letzten 7 Tage schwere Hausarbeit oder Reinigungsarbeit verrichtet wie z.B. Staubsaugen, Böden, Fenster oder Auto putzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Haben Sie während der letzten 7 Tage einige der folgenden Aktivitäten ausgeführt?		
a) Sanierungen im Haus wie Malerarbeiten, Tapezieren, elektrische Arbeiten, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Rasenpflege, Schnee- und Laubräumung, Holzhacken, etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Gartenarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Betreuung einer anderen Person wie Kinder, pflegebedürftiger Ehepartner oder eine andere erwachsene Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BERUFSBEZOGENE AKTIVITÄT

10) Haben Sie während der letzten 7 Tage gegen Bezahlung oder unentgeltlich gearbeitet?

Nein

Ja



10a) Wie viele Stunden während der letzten 7 Tage haben Sie gegen Bezahlung und/oder unentgeltlich gearbeitet?

_____ Stunden

10b) Welche der folgenden Kategorien beschreibt den Umfang Ihrer körperlichen Aktivität, welche Sie in Ihrem Beruf und/oder für Ihre ehrenamtliche Arbeit benötigen, am besten?

Hauptsächlich sitzen mit leichten Armbewegungen.
 [Beispiele: Büroangestellter, Uhrmacher, sitzender Fließbandarbeiter, Busfahrer, etc.]

Sitzende oder stehende Tätigkeit mit gelegentlichem Herumgehen. [Beispiele: Kassierer, Schalterangestellter, Handwerker mit leichten Arbeiten]

Gehen und verrichten von Arbeiten, die den Umgang mit Material erfordert, das weniger als 25 kg wiegt.
 [Beispiele: Briefträger, Servicefachangestellter, Bauarbeiter, Handwerker mit schweren Arbeiten]

Gehen und verrichten von schwerer körperlicher Arbeit, die oft den Umgang mit Material erfordert, das mehr als 25 kg wiegt. [Beispiele: Waldarbeiter, Maurer, Strassenarbeiter]

EQ-5D-5L

Bitte beziehen Sie die Angaben auf den Tag vor dem Unfall

BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

ANGST / NIEDERGE SCHLAGENHEIT

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

Bitte beziehen Sie die Angaben auf den Tag vor dem Unfall (nicht HEUTE)

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

