

Lower Extremity Functional Index

We are interested in knowing whether you are having any difficulty at all with the activities listed below because of your lower limb problem for which you are currently seeking attention. Please provide an answer for each activity.

Today, do you or would you have any difficulty at all with: (Circle one number on each line)

Activities	Extreme Difficulty or unable to perform activity	Quite a bit of difficulty	Moderate difficulty	A little bit of difficulty	No difficulty
Any of your usual work, housework or school activities.	0	1	2	3	4
Your usual hobbies, recreational or sporting activities.	0	1	2	3	4
Getting into or out of the bath.	0	1	2	3	4
Walking between rooms.	0	1	2	3	4
Putting on your shoes or socks.	0	1	2	3	4
Squatting.	0	1	2	3	4
Lifting an object, like a bag of groceries from the floor.	0	1	2	3	4
Performing light activities around your home.	0	1	2	3	4
Performing heavy activities around your home.	0	1	2	3	4
Getting into or out of a car.	0	1	2	3	4
Walking 2 blocks.	0	1	2	3	4
Walking a mile.	0	1	2	3	4
Going up or down 10 stairs (about 1 flight of stairs).	0	1	2	3	4
Standing for 1 hour.	0	1	2	3	4
Sitting for 1 hour.	0	1	2	3	4
Running on even ground.	0	1	2	3	4
Running on uneven ground.	0	1	2	3	4
Making sharp turns while running fast.	0	1	2	3	4
Hopping.	0	1	2	3	4
Rolling over in bed.	0	1	2	3	4
Column Totals					

Total = _____ /80

Patient's Signature: _____

Date _____

Therapist's Signature / ID#: _____

Date _____ Time _____

Score Variation +/- 6 points

Minimal detectable change & Minimal Clinically Important Difference = 9 points



PATIENT/LABEL



Índice funcional de las extremidades inferiores

Nos interesa saber si usted tiene alguna dificultad para realizar las actividades que se mencionan a continuación como consecuencia de su problema en las extremidades inferiores, motivo por el cual está buscando atención. Sírvase dar una respuesta a cada actividad.

Hoy, ¿tiene o tendría alguna dificultad con las siguientes actividades? *(Marque con un círculo un número en cada línea)*

Actividades	Dificultad extrema o incapacidad para realizar la actividad	Cierto grado de dificultad	Dificultad moderada	Muy poca dificultad	Sin dificultad
Alguna de sus actividades laborales, escolares o del hogar habituales.	0	1	2	3	4
Sus pasatiempos o actividades recreativas o deportivas habituales.	0	1	2	3	4
Entrar y salir de la tina.	0	1	2	3	4
Caminar de una habitación a otra.	0	1	2	3	4
Ponerse los calcetines o zapatos.	0	1	2	3	4
Posición en cuclillas.	0	1	2	3	4
Levantar un objeto del piso, tal como la bolsa del mandado.	0	1	2	3	4
Hacer actividades livianas en su hogar.	0	1	2	3	4
Hacer actividades pesadas en su hogar.	0	1	2	3	4
Subir y bajar del automóvil.	0	1	2	3	4
Caminar 2 cuadras.	0	1	2	3	4
Caminar una milla.	0	1	2	3	4
Subir o bajar 10 escalones (aproximadamente 1 tramo de escalera).	0	1	2	3	4
Estar parado 1 hora.	0	1	2	3	4
Estar sentado 1 hora.	0	1	2	3	4
Correr sobre una superficie plana.	0	1	2	3	4
Correr sobre una superficie irregular.	0	1	2	3	4
Dar vueltas repentinas mientras corre rápido.	0	1	2	3	4
Saltar.	0	1	2	3	4
Darse vuelta en la cama.	0	1	2	3	4
Totales de la columna					

Total = _____ /80

Firma del paciente: _____

Fecha _____

Firma del terapeuta/Nº de ID: _____

Fecha _____ Hora _____

Variación del puntaje +/- 6 puntos

Cambio mínimo detectable y diferencia mínima clínicamente relevante = 9 puntos



PATIENT/LABEL