KLINIKA PROMIENISTA

RE/1/71

Ankieta UROGINEKOLOGICZNA I ZABURZEŃ STATYKI

NAZWISKO ……..…….. IMIĘ ……

Adres …… PESEL ……..Telefon ……..……..

UWAGA: wszystkie informacje uzyskane od Państwa wykorzystywane będą w procesie leczenia, są poufne, wchodzą w skład dokumentacji medycznej i objęte są tajemnicą zawodową.

*Prosimy o udzielenie szczerych i dokładnych odpowiedzi na poniższe pytania:(proszę zaznaczyć **właściwą odpowiedź)***

W jakim stopniu przeszkadza w codziennym życiu? (UDI-6), (IIQ7)	**Wcale**	**Nieznacznie**	**Średnio**	**Bardzo**
1. Częste oddawanie moczu	0	1	2	3
2. Nietrzymanie moczu związane z uczuciem parcia	0	1	2	3
3. Nietrzymanie moczu związane z aktywnością fizyczną, kaszlem, kichaniem	0	1	2	3
4. Popuszczanie małych ilości moczu, tzw. kroplowy wyciek moczu	0	1	2	3
5. trudności w opróżnianiu pęcherza moczowego	0	1	2	3
6. Ból lub dyskomfort w podbrzuszu lub okolicach urogenitalnych	0	1	2	3
7. W jakim stopniu wpływa na zdolności do wykonywania czynności domowych (pranie, sprzątanie, gotowanie itp.)	0	1	2	3
8. W jakim stopniu wpływa na aktywność fizyczną: pływanie, spacer, bieganie itp.	0	1	2	3
9. W jakim stopniu wpływa na rozrywkę: kino, teatr, koncert itp.	0	1	2	3
10. W jakim stopniu wpływa na zdolność do podróżowania powyżej 30 min	0	1	2	3
11. W jakim stopniu wpływa na zdolność życia towarzyskiego poza domem	0	1	2	3
12. W jakim stopniu wpływa na samopoczucie emocjonalne (depresyjność, nerwowość)	0	1	2	3
13. Czy czuje się Pani sfrustrowana z powodu swoich dolegliwości?	0	1	2	3

	Jak bardzo przeszkadza to w codziennym życiu ? (POPDI-6), (CRADI-8)			
	Wcale	**Nieznacznie**	**Średnio**	**Bardzo**
Czy miewa Pani uczucie napięcia w podbrzuszu?	0	1	2	3
Czy miewa Pani uczucie ciężkości lub ucisku w miednicy i kroczu?	0	1	2	3
Czy zdarza się, że z pochwy wysuwa się coś, co może Pani zobaczyć lub wyczuć?	0	1	2	3
Czy zdarza się, że odczuwa Pani konieczność uciśnięcia okolicy pochwy lub odbytnicy, aby w całości oddać stolec?	0	1	2	3
Czy zdarza się Pani uczucie nie w pełni opróżnionego pęcherza?	0	1	2	3
Czy kiedykolwiek musiała Pani włożyć palec do pochwy, aby rozpocząć oddawanie moczu lub opróżnić pęcherz do końca?	0	1	2	3
Czy czuje Pani, że musi bardzo mocno przeć, aby uzyskać wypróżnienie?	0	1	2	3
Czy ma Pani uczucie niekompletnego wypróżnienia po oddaniu stolca?	0	1	2	3
Czy zdarza się Pani zgubić prawidłowo uformowany (niebiegunkowy) stolec?	0	1	2	3
Czy często gubi Pani stolec płynny lub półpłynny (biegunkowy)?	0	1	2	3
Czy często oddaje Pani gazy bez kontroli?	0	1	2	3
Czy często czuje Pani ból w czasie oddawania stolca?	0	1	2	3
Czy często zdarzają się nagłe, silne parcia na stolec, zmuszające do natychmiastowego pójścia do toalety w celu wypróżnienia?	0	1	2	3
Czy zdarza się, że część stolca nie wydostaje się na zewnątrz, tylko zalega i wybrzusza pochwę w czasie defekacji lub zaraz po niej?	0	1	2	3

Pytanie (PISQ-12)	Zawsze	Zwykle	Czasami	Rzadko	Nigdy
Jak często odczuwa Pani pożądanie seksualne?	4	3	2	1	0
Czy osiąga Pani orgazm w czasie zbliżenia seksualnego ze swoim partnerem?	4	3	2	1	0
Czy odczuwa Pani podniecenie w czasie zbliżenia seksualnego z partnerem?	4	3	2	1	0
Czy jest Pani usatysfakcjonowana z różnorodności zbliżeń w Pani życiu seksualnym?	4	3	2	1	0
Czy odczuwa Pani ból podczas współżycia płciowego?	4	3	2	1	0
Czy występuje u Pani nietrzymanie moczu w czasie aktywności seksualnej?	4	3	2	1	0
Czy lęk związany z nietrzymaniem moczu lub stolca ogranicza Pani aktywność seksualną?	4	3	2	1	0
Czy lęk związany z nietrzymaniem moczu lub stolca ogranicza Pani aktywność seksualną?	4	3	2	1	0
Czy unika Pani zbliżeń seksualnych ze względu na obniżenie narządów miednicy?	4	3	2	1	0
Czy zbliżenie seksualne z partnerem wywołuje u Pani negatywne emocje, takie jak lęk, wstręt, wstyd lub poczucie winy?	4	3	2	1	0
Czy Pani partner ma problem z uzyskaniem erekcji oraz czy wywiera to wpływ na Pani aktywność seksualną?	4	3	2	1	0
Czy Pani partner ma problem z przedwczesną ejakulacją oraz czy wywiera to wpływ na Pani aktywność seksualną?	4	3	2	1	0
W porównaniu z orgazmami, które miała Pani w przeszłości, jak ocenia Pani intensywność orgazmów z okresu ostatnich 6 miesięcy?	Znacznie mniej intensywne	Mniej intensywne	O podobnej intensywności	Bardziej intensywne	O wiele bardziej intensywne
	4	3	2	1	0

Oświadczam, że wszelkie podane informacje są zgodne z prawdą i nie zataiłem/łam żadnych danych dotyczących stanu mojego zdrowia.

…….
Czytelny podpis pacjenta, data

Dziękujemy