

Data:	Imię i Nazwisko:
-------	------------------

Biorąc pod uwagę objawy występujące w ostatnich 3 miesiącach proszę odpowiedzieć na każde pytanie, wybierając jedną odpowiedź. Zdajemy sobie sprawę, że niektóre z wymienionych problemów, nie dotyczą Pani sytuacji, jednakże prosimy o uważne wypełnienie obu stron formularza.

KWESTIONARIUSZ DYSFUNKCJI DNA MIEDNICY suma: /60

ZABURZENIA MIKCCJI (UDI-6)

Jeśli TAK, proszę zaznaczyć jedno pole

Suma: /18

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania. Przy zaznaczeniu odpowiedzi TAK, proszę określić w jakim stopniu sytuacje te są dla Pani uciążliwe.

Wcale (0)	Trochę (1)	Średnio (2)	Znacznie (3)
-----------	------------	-------------	--------------

Czy zwykle często oddaje Pani mocz? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle występuje wyciek moczu związany z uczuciem parcia naglącego, tzn. silnej potrzeby pójścia do łazienki? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle pojawia się wyciek moczu związany z kaszlem, kichaniem lub śmiechem? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle występuje stały niewielki wyciek moczu (kilka kropli)? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle występują trudności z opróżnianiem pęcherza? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle odczuwa Pani ból lub dyskomfort w podbrzuszu lub okolicy narządów płciowych? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				

ZABURZENIA ANOREKTALNE (CRADI-8)

Suma: /24

Jeśli TAK, proszę zaznaczyć jedno pole

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania. Przy zaznaczeniu odpowiedzi TAK, proszę określić w jakim stopniu sytuacje te są dla Pani uciążliwe.

Wcale (0)	Trochę (1)	Średnio (2)	Znacznie (3)
-----------	------------	-------------	--------------

Czy zwykle wypróżnianie odbywa się z dużym parciem? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle występuje wrażenie niepełnego wypróżnienia? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle występuje mimowolne nietrzymanie prawidłowo uformowanego stolca? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle występuje mimowolne nietrzymanie luźnego stolca? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle występuje mimowolne nietrzymanie gazów? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle oddawaniu stolca towarzyszy ból? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy pojawia się uczucie pilnej potrzeby udania się do łazienki w celu oddania stolca? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle podczas oddawania stolca lub po jego zakończeniu część jelita przechodzi przez odbyt i uwypukla się na zewnątrz? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				

ZABURZENIA STATYKI NARZĄDÓW MIEDNICY (POPDI-6)

Suma: /18

Jeśli TAK, proszę zaznaczyć jedno pole

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania. Przy zaznaczeniu odpowiedzi TAK, proszę określić w jakim stopniu sytuacje te są dla Pani uciążliwe.				
	Wcale (0)	Trochę (1)	Średnio (2)	Znacznie (3)
Czy zwykle odczuwany jest ucisk w podbrzuszu? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle odczuwana jest ciężkość lub pełność w okolicy miednicy? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle obserwowane jest wybrzuszenie lub wysuwające się ciało które można zobaczyć lub poczuć w obszarze pochwy? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy kiedykolwiek konieczny był ucisk pochwy lub wokół odbytnicy, który pomógłby zakończyć oddawanie stolca? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy zwykle odczuwasz uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
Czy kiedykolwiek konieczny był ucisk palcami na wybrzuszenie w pochwie aby rozpocząć oddawanie moczu? <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak				
KWESTIONARIUSZ WPŁYWU DYSFUNKCJI DNA MIEDNICY				
Proszę określić czy dysfunkcje związane z wymienionymi narządami wpływają na:	Pęcherz moczowy (oddawanie moczu)	Odbytnica (oddawanie stolca)	Pochwa	
1. Wykonywanie prac domowych (gotowanie, pranie, sprzątanie)?	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	
2. Aktywność fizyczną (spacery, pływanie lub inne ćwiczenia)?	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	
3. Zajęcia rozrywkowe (pójście na film czy koncert)?	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	
4. Możliwość podróżowania samochodem lub autobusem (ponad 30 minut od domu)?	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	
5. Uczestnictwo w życiu społecznym poza domem?	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	
6. Zdrowie emocjonalne (nerwowość, depresja)?	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	
7. Proszę określić czy czuje się Pani sfrustrowana?	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	<input type="checkbox"/> Wcale (0) <input type="checkbox"/> Trochę (1) <input type="checkbox"/> Średnio (2) <input type="checkbox"/> Znacznie (3)	
Suma: /63	Suma: /21	Suma: /21	Suma: /21	