

**Kwestionariusz dolegliwości dna miednicy**  
**Zastosowanie przy zbieraniu wywiadu chorobowego oraz podczas badania**

PACJENTKA:.....

DATA:.....

Główny problem:.....

Od kiedy:.....

Inne ważne dolegliwości:.....

**Funkcje pęcherza      pytania 1-15      wynik      / 45 =**

<p><b>1. Częstotliwość oddawania moczu</b> Jak często oddaje Pani mocz w ciągu dnia? 0 do 7 razy 1 8-10 razy 2 między 11 a 15 razy 3 częściej niż 15 razy</p>	<p><b>2. Nykturia</b> Jak często wstaje Pani w nocy, aby oddać mocz? 0 0-1 raz 1 2 razy 2 3 razy 3 częściej niż 3 razy</p>	<p><b>3. Enuresis nocturia</b> Czy gubi Pani mocz podczas snu? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie</p>
<p><b>4. Przymusowe parcie na mocz</b> Czy parcie na mocz jest tak silne, że natychmiast musi Pani skorzystać z toalety? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie</p>	<p><b>5. Parciowe nietrzymanie moczu</b> Czy gubi Pani mocz, zanim zdola Pani dojść do toalety? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie</p>	<p><b>6. Wysilkowe nietrzymanie moczu</b> Czy gubi Pani mocz podczas kaszlu, kichania, śmiania się, aktywności sportowej? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie</p>
<p><b>7. Osłabiony strumień moczu</b> Czy strumień moczu jest osłabiony, oddawanie moczu jest spowolnione lub wydłużone? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie</p>	<p><b>8. Zaleganie moczu resztkowego</b> Czy ma Pani poczucie, że po oddaniu moczu pęcherz nie został całkowicie opróżniony? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie</p>	<p><b>9. Parcie podczas mikcji</b> Czy musi Pani przeć, aby oddać mocz? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie</p>
<p><b>10. Używanie wkładek higienicznych</b> Czy używa Pani wkładek higienicznych lub podpasek z powodu gubienia moczu? 0 nie, nigdy 1 czasami, profilaktycznie 2 często – podczas uprawiania sportu/przeziębienia 3 zazwyczaj codziennie</p>	<p><b>11. Zmniejszenie ilości przyjmowanego płynu</b> Czy ogranicza Pani ilość wypijanego płynu, aby uniknąć gubienia moczu? 0 nie, nigdy 1 przed wyjściem z domu itp. 2 raczej często 3 regularnie, codziennie</p>	<p><b>12. Dysuria</b> Czy oddawanie moczu wiąże się z dolegliwościami bólowymi? 0 nigdy 1 czasami – rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często – 1 raz lub częściej w tyg. 3 zazwyczaj codziennie</p>
<p><b>13. Nawracające infekcje dróg moczowych</b> Czy często zdarzają się Pani infekcje pęcherza? 0 nie 1 1-3 razy w roku 2 4-12 razy w roku 3 częściej niż 1 raz w miesiącu</p>	<p><b>14. Jakość życia</b> Czy gubienie moczu utrudnia Pani codzienne funkcjonowanie? (zakupy, wychodzenie, zajęcia sportowe...) 0 wcale 1 trochę 2 dość znacznie 3 bardzo</p>	<p><b>15. Uczucie cierpienia</b> nie dotyczy Jak bardzo przeszkadzają Pani omawiane problemy? 0 wcale 1 trochę 2 dość znacznie 3 bardzo</p>
<p><b>Inne objawy:</b></p>		

<b>16. Częstotliwość wypróżnień</b> Jak często oddaje Pani stolec? 2 rzadziej niż 1 raz w tyg. 1 rzadziej niż 1 raz na 3 dni 0 częściej niż 3 razy w tyg. lub codziennie 1 częściej niż 1 raz dziennie	<b>17. Konsystencja stolca</b> Jaka jest konsystencja stolca? 0 miękki 0 uformowany 1 bardzo twardy 2 luźny/wodnisty 1 różnie	<b>18. Parcie przy oddawaniu stolca</b> Czy musi Pani mocno przeć, aby oddać stolec? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie
<b>19. Środki przeczyszczające</b> Czy przyjmuje Pani środki przeczyszczające? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie	<b>20. Zaparcia</b> Czy uważa Pani, że cierpi Pani z powodu zaparć? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie	<b>21. Nietrzymanie gazów</b> Czy w sposób niekontrolowany dochodzi u Pani do nietrzymania gazów? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie
<b>22. Przymusowe parcie na stolec</b> Czy zdarzają się sytuacje, że bezwarunkowo, natychmiast musi Pani oddać stolec? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie	<b>23. Nietrzymanie luźnego stolca</b> Czy zdarza się, że gubi Pani luźny stolec? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie	<b>24. Nietrzymanie stolca o normalnej konsystencji</b> Czy zdarza się Pani nietrzymanie stolca o normalnej konsystencji? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie
<b>25. Niecałkowite wypróżnienie</b> Czy po oddaniu stolca ma Pani wrażenie, że jelito nie zostało do końca opróżnione? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie	<b>26. Pomoc manualna przy defekacji</b> Czy aby się wypróżnić, musi Pani pomagać sobie poprzez ucisk palcami? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie	<b>27. Uczucie cierpienia</b> Jak bardzo przeszkadzają Pani problemy z jelitami? nie dotyczy 0 wcale 1 trochę 2 dość znacznie 3 bardzo
<b>Inne objawy:</b>		

<b>28. Uczucie ciała obcego</b> Czy ma Pani uczucie ciała obcego w pochwie? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie	<b>29. Obniżenie narządów</b> Czy ma Pani wrażenie, że narządy rodne się obniżyły? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie	<b>30. Repozycja w celu oddania moczu</b> Czy w celu oddania moczu jest Pani zmuszona do odprowadzenia opuszczonego narządu rodnego? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie
<b>31. Repozycja w celu wypróżnienia</b> Czy w celu wypróżnienia jest Pani zmuszona do odprowadzenia opuszczonego narządu rodnego? 0 nigdy 1 czasami, rzadziej niż 1 raz w tyg. 2 często, 1 raz w tyg. lub częściej 3 zazwyczaj codziennie	<b>32. Uczucie cierpienia</b> Jak bardzo przeszkadzają Pani problemy z jelitami? nie dotyczy 0 wcale 1 trochę 2 dość znacznie 3 bardzo	<b>Inne objawy:</b>

<b>33. aktywność seksualna</b> Czy jest Pani aktywna seksualnie? <input type="checkbox"/> wcale <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> regularnie Jeżeli odpowiedziała Pani „wcale“ proszę o udzielenie odpowiedzi na pytanie 34 i 42.	<b>34. Jeżeli nie jest Pani aktywna seksualnie, to z powodu:</b> <input type="checkbox"/> braku partnera <input type="checkbox"/> impotencji partnera <input type="checkbox"/> braku zainteresowania <input type="checkbox"/> suchości pochwy <input type="checkbox"/> dolegliwości bólowych <input type="checkbox"/> dokuczliwych sytuacji (nietrzymanie moczu/wypadanie	<b>35. Lubrykacja</b> Czy pochwa jest w wystarczającym stopniu nawilżona podczas stosunku? 0 tak 1 nie
---	--	---

	narządów rodnych) <input type="checkbox"/> inne przyczyny:	
<b>36. Jakie są doznania w pochwie podczas stosunku:</b> 0 normalne 1 zmniejszone 3 brak doznań 1 bolesność	<b>37. Luźna pochwa</b> Czy ma Pani odczucie, jakby pochwa była zbyt luźna? 0 nie, nigdy 1 czasami 2 często 3 zawsze	<b>38. Ciasna pochwa/Waginizm</b> Czy ma Pani odczucie, jakby pochwa była zbyt ciasna, wąska? 0 nie, nigdy 1 czasami 2 często 3 zawsze
<b>39. Dyspareunia</b> Czy stosunkowi seksualnemu towarzyszą dolegliwości bólowe? 0 nie, nigdy 1 rzadko 2 zazwyczaj 3 zawsze	<b>40. Lokalizacja dyspareunii</b> Gdzie występują te dolegliwości bólowe? 0 brak dolegliwości bólowych 1 przy wejściu do pochwy 1 głęboko wewnątrz/ w miednicy 2 zarówno przy wejściu do pochwy, jak i głęboko wewnątrz	<b>41. nietrzymanie moczu podczas stosunku</b> Czy zdarza się Pani gubić mocz podczas stosunku? 0 nie, nigdy 1 rzadko 2 zazwyczaj 3 zawsze
<b>42. Uczucie cierpienia</b> Jak bardzo przeszkadzają Pani problemy z funkcjami seksualnymi? nie dotyczy 0 wcale 1 trochę 2 dość znacznie 3 bardzo	<b>Inne objawy:</b>	

Wynik \_\_\_\_\_ / 40  
(funkcje pęcherza + funkcje jelit + obniżenie narządów + funkcje seksualne)