

– ANKIETA DLA KOBIET–

Ankieta ma charakter poufny i służy jedynie optymalnemu przygotowaniu programu terapeutycznego.

Imię i nazwisko:

Adres e-mail:

Wiek:

Czego spodziewasz się po terapii? Jakie są Twoje oczekiwania / cele?

.....
.....

Pytania ogólne:

1. Jakie są Pani aktualne dolegliwości?

.....
.....

2. Czy cierpi Pani na chorobę przewlekłą? tak nie

Jaką?.....

3. Czy miewa Pani skoki ciśnienia? tak nie

4. Czy przyjmuje Pani na stałe leki? Jakże?

5. Czy miewa Pani dolegliwości bólowe kręgosłupa (lędźwiowo-krzyżowego, szyjnego) lub innych stawów (kolanowych, skokowych)?

6. Czy zdarzył się Pani wcześniej poważny uraz (wypadek samochodowy, upadek)?

7. Czy przebyła Pani operację? tak nie

8. Czy uprawia Pani sport? tak nie

Pytanie dotyczące funkcjonowania pęcherza:

9. Kiedy zaczęły się Pani problemy z pęcherzem?

10. Jak często w ciągu dnia oddaje Pani mocz?

- do 7 razy
- 8-10 razy
- 11-15 razy
- więcej niż 15 razy

11. Jak często wstaje Pani w nocy by oddać mocz?

- 0-1
- 2
- 3
- więcej niż 3 razy

12. Czy odczuwane parcie na pęcherz jest tak silne, że musi Pani natychmiast skorzystać z toalety ?
- nigdy
 - czasami (mniej niż 1x na tydzień)
 - często (więcej niż 1x na tydzień)
 - na ogół co dzień
13. Czy zdarza się Pani oddać mocz przed dotarciem do toalety?
- nigdy
 - czasami (mniej niż 1x na tydzień)
 - często (więcej niż 1x na tydzień)
 - na ogół co dzień
14. Czy podczas takich czynności jak: kaszel, kichanie, śmiech czy podnoszenie dochodzi do mimowolnej utraty moczu?
- nigdy
 - czasami (mniej niż 1x na tydzień)
 - często (więcej niż 1x na tydzień)
 - na ogół co dzień
15. Czy podczas snu dochodzi do utraty moczu?
- nigdy
 - czasami (mniej niż 1x na tydzień)
 - często (więcej niż 1x na tydzień)
 - na ogół co dzień
16. Czy strumień moczu jest słaby, szybkość jego oddawania zwalnia lub przeciąga się w czasie?
- nigdy
 - czasami (mniej niż 1x na tydzień)
 - często (więcej niż 1x na tydzień)
 - na ogół co dzień
17. Czy ma Pani wrażenie, że pęcherz nie został opróżniony do końca?
- nigdy
 - czasami (mniej niż 1x na tydzień)
 - często (więcej niż 1x na tydzień)
 - na ogół co dzień
18. Czy musi Pani przeć, by oddać mocz?
- nigdy
 - czasami (mniej niż 1x na tydzień)
 - często (więcej niż 1x na tydzień)
 - na ogół co dzień
19. Czy potrzebuje Pani korzystać z wkładek higienicznych z powodu mimowolnej utraty moczu?
- nigdy
 - czasami (mniej niż 1x na tydzień)
 - często (więcej niż 1x na tydzień)
 - na ogół co dzień

20. Czy odczuwa Pani ból podczas oddawania moczu?

- nigdy
- czasami (mniej niż 1x na tydzień)
- często (więcej niż 1x na tydzień)
- na ogół co dzień

21. Czy ma Pani częste infekcje pęcherza?

- nie
- 1-3 razy na rok
- 4-12 razy na rok
- więcej niż 1 raz na miesiąc

22. Czy ogranicza Pani ilość wypijanych płynów, by unikać utraty moczu ?

- nie, nigdy
- przed wyjściem z domu
- dość często
- regularnie – każdego dnia

23. Jak wpływa mimowolna utrata moczu na Pani życie codzienne ? (wyjścia, aktywność sportowa, itp.)

- właściwie nie przeszkadza
- troszkę
- znacznie
- mocno

24. Jak bardzo przeszkadzają Pani problemy z pęcherzem?

- właściwie nie przeszkadzają
- troszkę
- znacznie
- mocno
- problem ten mnie nie dotyczy

Pytania dotyczące funkcjonowania jelit:

25. Jak często oddaje Pani stolec?

- mniej niż raz na tydzień
- mniej niż 3 razy w tygodniu
- więcej niż 3 razy w tygodniu lub co dzień
- więcej niż 1 raz dziennie

26. Jaka jest konsystencja oddawanego stolca?

- luźna
- uformowana
- cienka/papkowata
- różna

27. Czy musi Pani silnie przeć podczas oddawania stolca?

- nigdy
- czasami – mniej niż raz w tygodniu
- często – raz lub więcej na tydzień
- najczęściej co dzień

28. Czy stosuje Pani środki przeczyszczające?

- nigdy
- czasami – mniej niż raz w tygodniu
- często – raz lub więcej na tydzień
- najczęściej co dzień

29. Czy cierpi Pani na zaparcia?

- nigdy
- czasami – mniej niż raz w tygodniu
- często – raz lub więcej na tydzień
- najczęściej co dzień

30. Czy zdarza się Pani uwalniać powietrze z jelit, którego nie udaje się wstrzymać?

- nigdy
- czasami – mniej niż raz w tygodniu
- często – raz lub więcej na tydzień
- najczęściej co dzień

31. Czy zdarzają się Pani przypadki niechcianej utraty rzadkiego stolca?

- nigdy
- czasami – mniej niż raz w tygodniu
- często – raz lub więcej na tydzień
- najczęściej co dzień

32. Czy zdarzają się Pani przypadki niechcianej utraty stałego stolca?

- nigdy
- czasami – mniej niż raz w tygodniu
- często – raz lub więcej na tydzień
- najczęściej co dzień

33. Czy odczuwa Pani uciążliwości związane z hemoroidami?

- nigdy
- czasami – mniej niż raz w tygodniu
- często – raz lub więcej na tydzień
- najczęściej co dzień

34. Jak bardzo przeszkadzają Pani problemy jelitowe?

- problem ten mnie nie dotyczy
- właściwie nie przeszkadzają
- troszkę
- znacznie
- mocno

Pytania dotyczące opadania narządów:

35. Ile porodów naturalnych i cesarskich cięć Pani przeżyła?

- żadnego
- 1
- 2
- 3 i więcej

36. Czy ma Pani uczucie ciała obcego w pochwie?
- nigdy
 - czasami – rzadziej niż 1 raz na tydzień
 - często – raz w lub więcej na tydzień
 - przeważnie co dzień
37. Czy ma Pani odczucie, że pęcherz, macica lub jelito opadły?
- nigdy
 - czasami – rzadziej niż 1 raz na tydzień
 - często – raz w lub więcej na tydzień
 - przeważnie co dzień
38. Jak bardzo przeszkadza Pani obniżenie narządów?
- problem mnie nie dotyczy
 - wcale
 - troszkę
 - znacznie
 - mocno

Pytania dotyczące funkcji seksualnych (dobrowolne):

39. Czy jest Pani aktywna seksualnie?
- zupełnie nie
 - rzadko
 - regularnie
40. Jeśli nie – to co jest tego powodem?
- brak partnera
 - problemy z potencją
 - brak zainteresowania
 - ból podczas stosunku
 - wstyd (nietrzymanie moczu, obniżenie narządów)
- inne:
41. Czy podczas stosunku pochwa jest wystarczająco nawilżona?
- tak
 - nie
42. Czy odczuwa Pani ból podczas stosunku seksualnego?
- nie, nigdy
 - czasami
 - często
 - ciągle
43. Czy Pani miesiączkuje? Czy odczuwa Pani dużą bolesność podczas okresu?.....
-
44. Czy konsultuje Pani swoje dolegliwości ze specjalistą (ginekologiem, urologiem, proktologiem)? Kiedy ostatnio?
-
-
-