

– ANKIETA DLA MĘŻCZYŹN –

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 Pana aktualne dolegliwości?

.....
.....

2. Czy cierpi Pan na chorobę przewlekłą? tak nie

Jaką?.....

3. Czy miewa Pan skoki ciśnienia? tak nie

4. Czy przyjmuje Pan na stałe leki? Jakiej?

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

.....

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

.....

7. Czy przebyła Pan operację? tak nie

8. Czy uprawia Pani sport? tak nie

Pytanie dotyczące funkcjonowania pęcherza:

9. Kiedy zaczęły się Pana problemy z pęcherzem?

10. Jak często w ciągu dnia oddaje Pan mocz?

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

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

- 0-1
- 2
- 3
- więcej niż 3 razy

12. Czy odczuwane parcie na pęcherz jest tak silne, że musi Pan 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 Panu 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 Pan 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 Pan przec, by oddać mocz?
- nigdy
 - czasami (mniej niż 1x na tydzień)
 - często (więcej niż 1x na tydzień)
 - na ogół co dzień
19. Czy potrzebuje Pan korzystać z wkładek/podkładow 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 Pan ból podczas oddawania moczu?
- nigdy
 - czasami (mniej niż 1x na tydzień)
 - często (więcej niż 1x na tydzień)
 - na ogół co dzień
21. Czy ma Pan częste infekcje pęcherza?
- nie
 - 1-3 razy na rok
 - 4-12 razy na rok
 - więcej niż 1 raz na miesiąc
22. Czy ogranicza Pan 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 Pana życie codzienne ? (wyjścia, aktywność sportowa, itp.)
- właściwie nie przeszkadza
 - troszkę
 - znacznie
 - mocno
24. Jak bardzo przeszkadzają Panu problemy z pęcherzem?
- właściwie nie przeszkadzają
 - troszkę
 - znacznie
 - mocno
 - problem ten mnie nie dotyczy

Pytania dotyczące funkcjonowania jelit:

25. Jak często oddaje Pan 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 Pan silnie przecić podczas oddawania stolca?
- nigdy
 - czasami – mniej niż raz w tygodniu
 - często – raz lub więcej na tydzień
 - najczęściej co dzień

28. Czy stosuje Pan środki przeczyszczające?

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

29. Czy cierpi Pan na zaparcia?

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

30. Czy zdarza się Panu 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 Panu 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 Panu przypadki niechcianej utraty stałego stolca?

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

33. Jak bardzo przeszkadzają Panu problemy jelitowe?

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

34. Czy odczuwa Pan uciążliwości związane z hemoroidami?

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

Pytania dotyczące prostaty:

35. Czy miewa Pan częste zapalenia prostaty?

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

36. Czy Pana prostata jest powiększona?

- tak
- nie
- była operowana (kiedy?)

Pytania dotyczące funkcji seksualnych (dobrowolnie):

37. Czy jest Pan aktywny seksualnie?

- zupełnie nie
- rzadko
- regularnie

38. Jeśli nie – to co jest tego powodem?

- brak partnera
- problemy z potencją
- brak zainteresowania
- ból podczas stosunku
- wstyd (nietrzymanie moczu, obniżenie narządów)

inne:

39. Czy jest Pan pod kontrolą specjalisty (urologa, proktologa). Kiedy Pan był na ostatniej wizycie?

.....

.....

.....