

Kwestionariusz ACSS

Pierwsza wizyta - Część A ("diagnostyczna")

Godzina badania: ____:____ Data: / / (dd/mm/rrrr)

Proszę wskazać, czy w ciągu ostatnich 24 godzin wystąpiły u Pani następujące objawy i określić ich nasilenie: (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź dla każdego objawu)

		0	1	2	3	
Typowe	1	Częste oddawanie niewielkich ilości moczu (częste chodzenie do toalety) <i>4 razy dziennie lub mniej</i>	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne <i>5-6 razy dziennie</i>	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane <i>7-8 razy dziennie</i>	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone <i>9-10 razy dziennie</i>
	2	Parcie naglące (silna i niekontrolowana potrzeba oddania moczu)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	3	Ból lub pieczenie podczas oddawania moczu	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	4	Wrażenie, że pęcherz nie został w pełni opróżniony po oddaniu moczu	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	5	Ból lub dyskomfort w podbrzuszu (w okolicy nadłonowej)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	6	Krew w moczu	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
Suma odpowiedzi „Typowych” =					punkty	
Zróżnicowane	7	Ból w dolnej części pleców (najczęściej - jednostronny)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	8	Ropna wydzielina z pochwy (zwłaszczażarano)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	9	Ropna wydzielina z cewki moczowej (bez oddawania moczu)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	10	Wysoka temperatura ciała (powyżej 37,5°C) /dreszcze (Proszę wpisać, jeśli temperatura została zmierzona)	<input type="checkbox"/> Nie ≤37,5 °C	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne 37,6-37,9 °C	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane 38,0-38,9 °C	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone ≥39,0 °C
Suma odpowiedzi „Zróżnicowanych” =					punkty	
Jakość życia	11	Proszę ocenić, jak silnego dyskomfortu doświadczyła Pani z powodu tych objawów w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):				
		<input type="checkbox"/> 0 Nie odczuwałam dyskomfortu (Brak objawów. Czuję się tak dobrze jak zwykle) <input type="checkbox"/> 1 Odczuwałam lekki dyskomfort (Czuję się nieco gorzej niż zwykle) <input type="checkbox"/> 2 Odczuwałam znaczny dyskomfort (Czuję się dużo gorzej niż zwykle) <input type="checkbox"/> 3 Odczuwałam bardzo silny dyskomfort (Czuję się okropnie)				
	12	Proszę wskazać, jak te objawy przeszkadzały Pani w codziennych czynnościach/w pracy w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):				
	<input type="checkbox"/> 0 Zupełnie nie miały wpływu (Pracowałam tak jak zwykle w dniu pracy) <input type="checkbox"/> 1 Miały łagodny wpływ (Objawy sprawiły, że pracowałam mniej) <input type="checkbox"/> 2 Miały umiarkowany wpływ (Zwykłe codzienne czynności wymagały znacznego wysiłku) <input type="checkbox"/> 3 Miały bardzo duży wpływ (Prawie nie byłam w stanie pracować)					
13	Proszę wskazać, jak te objawy przeszkadzały Pani w życiu towarzyskim (odwiedzina u przyjaciół, wyjściach do restauracji itp.) w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):					
	<input type="checkbox"/> 0 Zupełnie nie miały wpływu (Nie miały wpływu na wykonywane przeze mnie czynności. Życie codzienne toczyło się tak jak zwykle) <input type="checkbox"/> 1 Miały łagodny wpływ (Mniej czynności niż zwykle) <input type="checkbox"/> 2 Miały istotny wpływ (Musiałam spędzać dużo czasu w domu) <input type="checkbox"/> 3 Miały bardzo duży wpływ (Prawie nie mogłam wyjść z domu)					
Suma punktów „Jakość życia” =					punkty	
Dodatkowe	14	Proszę wskazać, czy w chwili wypełniania kwestionariusza ma Pani cokolwiek z poniższej listy:				
		Miesiączka?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak		
		Zespół napięcia przedmiesiączkowego (ZNP)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak		
		Objawy menopauzy?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak		
		Ciąża? Zdiagnozowana cukrzyca?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak		



Proszę o sprawdzenie odpowiedzi oraz zwrócenie kwestionariusza lekarzowi

ZAKOŃCZYĆ!

Dziękujemy za współpracę!

Kwestionariusz ACSS

Wizyta kontrolna - Część B ("obserwacyjna")

Godzina badania: ____:____ Data: / / (dd/mm/rrrr)

Proszę wskazać, czy wystąpiły u Pani zmiany w objawach, odkąd wypełniła Pani poprzednią część niniejszego kwestionariusza?

(Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):

- Dynamika**
- 0 Tak, czuję się o wiele lepiej (*Wszystkie objawy ustąpiły*)
- 1 Tak, czuję się dużo lepiej (*Większość objawów ustąpiła*)
- 2 Tak, czuję się nieco lepiej (*Większość objawów jeszcze pozostała*)
- 3 Bez zmian, czuję się tak samo (*Wszystkie objawy jeszcze pozostały*)
- 4 Tak, czuję się gorzej (*Mój stan się pogarsza*)

Proszę wskazać, czy w ciągu ostatnich 24 godzin wystąpiły u Pani następujące objawy i określić ich nasilenie: (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź dla każdego objawu):

		0	1	2	3	
Typowe	1	Częste oddawanie niewielkich ilości moczu (<i>częste chodzenie do toalety</i>) <i>4 razy dziennie lub mniej</i>	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne <i>5-6 razy dziennie</i>	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane <i>7-8 razy dziennie</i>	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone <i>9-10 razy dziennie</i>
	2	Parcie naglące (<i>silna i niekontrolowana potrzeba oddania moczu</i>)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	3	Ból lub pieczenie podczas oddawania moczu	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	4	Wrażenie, że pęcherz nie został w pełni opróżniony po oddaniu moczu	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	5	Ból lub dyskomfort w podbrzuszu (<i>w okolicy nadłonowej</i>)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	6	Krew w moczu	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone

Suma odpowiedzi „Typowych” = **punkty**

Zróżnicowane	7	Ból w dolnej części pleców (<i>najczęściej - jednostronny</i>)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	8	Ropna wydzielina z pochwy (<i>zwłaszcza rano</i>)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	9	Wydzielina z cewki moczowej (<i>bez oddawania moczu</i>)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	10	Wysoka temperatura ciała (powyżej 37,5°C)/dreszcze <i>(Proszę wpisać, jeśli temperatura została zmierzona)</i>	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone

Suma odpowiedzi „Zróżnicowanych” = **punkty**

Jakość życia	11	Proszę ocenić, jak silnego dyskomfortu doświadczyła Pani z powodu tych objawów w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć <u>jedną</u>, najtrafniejszą odpowiedź): <input type="checkbox"/> 0 Nie odczuwałam dyskomfortu (<i>Brak objawów. Czuję się tak dobrze jak zwykle</i>) <input type="checkbox"/> 1 Odczuwałam lekki dyskomfort (<i>Czuję się nieco gorzej niż zwykle</i>) <input type="checkbox"/> 2 Odczuwałam znaczny dyskomfort (<i>Czuję się dużo gorzej niż zwykle</i>) <input type="checkbox"/> 3 Odczuwałam bardzo silny dyskomfort (<i>Czuję się okropnie</i>)
	12	Proszę wskazać, jak te objawy przeszkadzały Pani w codziennych czynnościach/w pracy w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć <u>jedną</u>, najtrafniejszą odpowiedź): <input type="checkbox"/> 0 Zupełnie nie miały wpływu (<i>Pracowałam tak jak zwykle w dniu pracy</i>) <input type="checkbox"/> 1 Miały łagodny wpływ (<i>Objawy sprawiły, że pracowałam mniej</i>) <input type="checkbox"/> 2 Miały umiarkowany wpływ (<i>Zwykle codzienne czynności wymagały znacznego wysiłku</i>) <input type="checkbox"/> 3 Miały bardzo duży wpływ (<i>Prawie nie byłam w stanie pracować</i>)
	13	Proszę wskazać, jak te objawy przeszkadzały Pani w życiu towarzyskim (odwiedzinach u przyjaciół, wyjściach do restauracji itp.) w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć <u>jedną</u>, najtrafniejszą odpowiedź): <input type="checkbox"/> 0 Zupełnie nie miały wpływu (<i>Nie miały wpływu na wykonywane przeze mnie czynności. Życie codzienne toczyło się tak jak zwykle</i>) <input type="checkbox"/> 1 Miały łagodny wpływ (<i>Mniej czynności niż zwykle</i>) <input type="checkbox"/> 2 Miały istotny wpływ (<i>Musiałam spędzać dużo czasu w domu</i>) <input type="checkbox"/> 3 Miały bardzo duży wpływ (<i>Prawie nie mogłam wyjść z domu</i>)

Suma punktów „Jakość życia” = **punkty**

Dodatkowe	14	Proszę wskazać, czy którekolwiek z poniższych dotyczą Pani w chwili wypełniania kwestionariusza:		
		Miesiączka?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
		Zespół napięcia przedmiesiączkowego (ZNP)?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
		Objawy menopauzy?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
		Ciąża?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak
	Zdiagnozowana cukrzyca?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak	



Proszę o sprawdzenie odpowiedzi oraz zwrócenie kwestionariusza lekarzowi

ZAKOŃCZYĆ!

Dziękujemy za współpracę!