

Анкета ACSS

Первое посещение - Часть А ("диагностическая")

Время: ____чч:____мм

Дата обследования: / /

(дд/мм/гггг)

Пожалуйста укажите, отмечали ли Вы следующие симптомы в течение последних 24 часов, и оцените степень их выраженности (Только один ответ для каждого пункта):

		0	1	2	3	
Типичные	1	Учащенное мочеиспускание малыми объемами мочи (<i>частое посещение туалета</i>) <i>до 4 раз в день</i>	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо <i>5-6 раз в день</i>	<input type="checkbox"/> Да, умеренно <i>7-8 раз в день</i>	<input type="checkbox"/> Да, сильно <i>9-10 раз в день и чаще</i>
	2	Срочные (<i>сильные и неудержимые</i>) позывы к мочеиспусканию	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	3	Боль или жжение при мочеиспускании	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	4	Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	5	Боль или дискомфорт внизу живота (<i>надлобковой области</i>)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	6	Наличие крови в моче	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
Суммарный балл "Типичных" =					баллов	
Дифференциальные	7	Боль в поясничной области (<i>может быть односторонней</i>)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	8	Гнойные выделения из половых путей (<i>особенно по утрам</i>)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	9	Гнойные выделения из мочевых путей (<i>вне акта мочеиспускания</i>)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	10	Озноб (<i>познабливание</i>) /чувство повышенной температуры тела (<i>Если измеряли, укажите значения</i>)	<input type="checkbox"/> Нет $\leq 37,5 \text{ }^\circ\text{C}$	<input type="checkbox"/> Да, слабо $37,6-37,9 \text{ }^\circ\text{C}$	<input type="checkbox"/> Да, умеренно $38,0-38,9 \text{ }^\circ\text{C}$	<input type="checkbox"/> Да, сильно $\geq 39,0 \text{ }^\circ\text{C}$
Суммарный балл "Дифференциальных" =					баллов	
Качество жизни	11	Пожалуйста, укажите насколько было выражено чувство дискомфорта вызванное вышеуказанными симптомами, в течение последних 24 часов (<i>Отметьте <u>один</u> наиболее подходящий ответ</i>): <input type="checkbox"/> 0 Никакого дискомфорта (<i>Нет никаких симптомов. Чувствую себя как обычно</i>) <input type="checkbox"/> 1 Чуть заметный дискомфорт (<i>Чувствую себя чуть хуже обычного</i>) <input type="checkbox"/> 2 Выраженный дискомфорт (<i>Чувствую себя заметно хуже обычного</i>) <input type="checkbox"/> 3 Очень сильный дискомфорт (<i>Чувствую себя ужасно</i>)				
	12	Пожалуйста укажите, насколько вышеуказанные симптомы мешали Вашей повседневной активности/работоспособности в течение последних 24 часов (<i>Отметьте <u>один</u> наиболее подходящий ответ</i>): <input type="checkbox"/> 0 Нисколько не мешали (<i>Работаю как в обычные дни, без затруднений</i>) <input type="checkbox"/> 1 Мешали незначительно (<i>Из-за возникших симптомов, работаю чуть меньше</i>) <input type="checkbox"/> 2 Значительно мешали (<i>Повседневная работа требует больших усилий</i>) <input type="checkbox"/> 3 Ужасно мешали (<i>Практически не могу работать</i>)				
	13	Пожалуйста укажите, насколько вышеуказанные симптомы мешали Вашей общественной активности (<i>поход в гости, встречи с друзьями и т.п.</i>), в течение последних 24 часов (<i>Отметьте <u>один</u> наиболее подходящий ответ</i>): <input type="checkbox"/> 0 Нисколько не мешали (<i>Моя деятельность и активность никоим образом не изменились, живу как обычно</i>) <input type="checkbox"/> 1 Мешали незначительно (<i>Незначительное снижение деятельности</i>) <input type="checkbox"/> 2 Значительно мешали (<i>Значительное снижение. Больше сижу дома</i>) <input type="checkbox"/> 3 Ужасно мешали (<i>Ужасно. Практически не выходила из дому</i>)				
Суммарный балл "Качества жизни" =					баллов	
Дополнительные	14	Пожалуйста, ответьте, имеются ли у Вас на момент заполнения анкеты следующие:				
		Менструальные выделения?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да		
		Так называемый «предменструальный синдром» (ПМС)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да		
		Признаки климактерического синдрома?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да		
		Беременность?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да		
	Сахарный диабет, выявленный ранее?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да			



СТОП

Пожалуйста, проверьте свои ответы и верните лист лечащему врачу.

Благодарим Вас за сотрудничество!



Copyrighted. Free for personal use only.
For research and economical purposes, please contact the copyright holders.

Анкета ACSS

Контрольное посещение - Часть Б ("диспансерная")

Время: ____ч: ____мм

Дата обследования: / /

(дд/мм/гггг)

Укажите, отметили ли Вы какие-либо изменения в своем состоянии с тех пор, как Вы заполнили предыдущую часть данной анкеты? (Отметьте один наиболее подходящий ответ):

Динамика	<input type="checkbox"/> 0 Да, чувствую себя отлично (Все симптомы прошли окончательно)
	<input type="checkbox"/> 1 Да, стало заметно лучше (Большинство симптомов исчезло)
	<input type="checkbox"/> 2 Да, стало несколько лучше (Большинство симптомов всё еще присутствует)
	<input type="checkbox"/> 3 Нет, изменений практически нет (Чувствую себя также, как и в прошлый раз)
	<input type="checkbox"/> 4 Да, стало хуже (Мое состояние хуже чем в прошлый раз)

Пожалуйста укажите, отмечали ли Вы следующие симптомы в течение последних 24 часов, и оцените степень их выраженности (отметьте только один ответ для каждого симптома):

		0	1	2	3
Типичные	1 Учащенное мочеиспускание малыми объемами мочи (частое посещение туалета)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
		до 4 раз в день	5-6 раз в день	7-8 раз в день	9-10 раз в день и чаще
	2 Срочные (сильные и неудержимые) позывы к мочеиспусканию	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	3 Боль или жжение при мочеиспускании	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	4 Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	5 Боль или дискомфорт внизу живота (надлобковой области)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
6 Наличие крови в моче	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно	

Суммарный балл "Типичных" = _____ баллов

Дифференциальные	7 Боль в поясничной области (может быть односторонней)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	8 Гнойные выделения из половых путей (особенно по утрам)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	9 Гнойные выделения из мочевых путей (вне акта мочеиспускания)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	10 Озноб (познабливание) /чувство повышенной температуры тела (Если измеряли, укажите значения)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
		≤37,5 °C	37,6-37,9 °C	38,0-38,9 °C	≥39,0 °C

Суммарный балл "Дифференциальных" = _____ баллов

Качество жизни	11 Пожалуйста, укажите насколько было выражено чувство дискомфорта вызванное вышеуказанными симптомами, в течение последних 24 часов (Отметьте <u>один</u> наиболее подходящий ответ):
	<input type="checkbox"/> 0 Никакого дискомфорта (Нет никаких симптомов. Чувствую себя как обычно) <input type="checkbox"/> 1 Чуть заметный дискомфорт (Чувствую себя чуть хуже обычного) <input type="checkbox"/> 2 Выраженный дискомфорт (Чувствую себя заметно хуже обычного) <input type="checkbox"/> 3 Очень сильный дискомфорт (Чувствую себя ужасно)
	12 Пожалуйста укажите, насколько вышеуказанные симптомы мешали Вашей повседневной активности/работоспособности в течение последних 24 часов (Отметьте <u>один</u> наиболее подходящий ответ):
	<input type="checkbox"/> 0 Нисколько не мешали (Работаю как в обычные дни, без затруднений) <input type="checkbox"/> 1 Мешали незначительно (Из-за возникших симптомов, работаю чуть меньше) <input type="checkbox"/> 2 Значительно мешали (Повседневная работа требует больших усилий) <input type="checkbox"/> 3 Ужасно мешали (Практически не могу работать)
	13 Пожалуйста укажите, насколько вышеуказанные симптомы мешали Вашей общественной активности (поход в гости, встречи с друзьями и т.п.), в течение последних 24 часов (Отметьте <u>один</u> наиболее подходящий ответ):
	<input type="checkbox"/> 0 Нисколько не мешали (Моя деятельность и активность никоим образом не изменились, живу как обычно) <input type="checkbox"/> 1 Мешали незначительно (Незначительное снижение деятельности) <input type="checkbox"/> 2 Значительно мешали (Значительное снижение. Больше сижу дома) <input type="checkbox"/> 3 Ужасно мешали (Ужасно. Практически не выходила из дому)

Суммарный балл "Качества жизни" = _____ баллов

Дополнительные	14 Пожалуйста, ответьте, имеются ли у Вас на момент заполнения анкеты следующие:		
	Менструальные выделения?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
	Так называемый «предменструальный синдром» (ПМС)?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
	Признаки климактерического синдрома?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
	Беременность?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да
	Сахарный диабет, выявленный ранее?	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да



Пожалуйста, проверьте свои ответы и верните лист лечащему врачу.

Copyrighted. Free for personal use only.

For research and economical purposes, please contact the copyright holders.

Благодарим Вас за сотрудничество!