

Опитувальник ACSS

Перший візит - Частина А ("діагностична")

Час ____:____

Дата заповнення опитувальника: / / (дд/мм/рррр)

Будь ласка, вкажіть, чи були у Вас перелічені нижче симптоми за останні 24 години та наскільки тяжкими вони були: (Позначте лише одну відповідь за кожним симптомом):

Типові	1	Часте сечовипускання в невеликих об'ємах (часте відвідування туалету)	<input type="checkbox"/> Ні <i>до 4 разів на добу</i>	<input type="checkbox"/> Так, трохи <i>5-6 разів на добу</i>	<input type="checkbox"/> Так, помірно <i>7-8 разів на добу</i>	<input type="checkbox"/> Так, сильно <i>9-10 або більше разів на добу</i>
	2	Тимчасові (сильні і невідкладні) позиви до сечовипускання	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	3	Відчуття болю або печіння при сечовипусканні	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	4	Відчуття відсутності випорожнення сечового міхура після сечовипускання	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	5	Біль або дискомфорт у нижній частині живота (у ділянці сечового міхура)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	6	Кров у сечі	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно

Сума балів за розділом «Типові» = балів

Інші	7	Біль у попереку (частіше - одностороння)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	8	Гнійні виділення з піхви	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	9	Виділення з сечовидільного каналу (без сечовипускання)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	10	Відчуття ознобу/підвищення температури (понад 37,5°C) (Якщо температура вимірювалася вкажіть якою вона була)	<input type="checkbox"/> Ні $\leq 37,5^\circ\text{C}$	<input type="checkbox"/> Так, трохи $37,6-37,9^\circ\text{C}$	<input type="checkbox"/> Так, помірно $38,0-38,9^\circ\text{C}$	<input type="checkbox"/> Так, сильно $\geq 39,0^\circ\text{C}$

Сума балів за розділом «Відмінні» = балів

Якість життя	11	Будь ласка, оцініть, наскільки сильний дискомфорт Ви відчували через ці симптоми за останню добу (Позначте один найбільш відповідний варіант):
		<input type="checkbox"/> 0 Ніякого дискомфорту (Жодних симптомів взагалі. Почувала себе так само добре, як зазвичай) <input type="checkbox"/> 1 Незначний дискомфорт (Почувала себе дещо гірше, ніж зазвичай) <input type="checkbox"/> 2 Значний дискомфорт (Почувала себе набагато гірше, ніж зазвичай) <input type="checkbox"/> 3 Крайній дискомфорт (почувала себе жакливо)
	12	Будь ласка, вкажіть, якою мірою ці симптоми заважали Вам займатися щоденними справами/працювати в останні 24 години (Позначте один найбільш відповідний варіант):
		<input type="checkbox"/> 0 Зовсім не вплинули (Працювала, як зазвичай в робочий день) <input type="checkbox"/> 1 Трохи вплинули (Симптоми змусили мене працювати менше) <input type="checkbox"/> 2 Значно вплинули (Звичайні щоденні справи вимагали значних зусиль) <input type="checkbox"/> 3 Надзвичайно вплинули (Я була майже не в змозі працювати)
	13	Будь ласка, вкажіть, якою мірою ці симптоми заважали Вам займатися Вашою соціальною діяльністю (відвідування друзів, вихід в люди тощо) останні 24 години (Позначте один найбільш відповідний варіант):
		<input type="checkbox"/> 0 Зовсім не вплинули (Моя активність не була порушена. Повсякденна діяльність була звичайною) <input type="checkbox"/> 1 Трохи вплинули (Активність нижча, ніж зазвичай) <input type="checkbox"/> 2 Значно вплинули (Доводилося проводити багато часу вдома) <input type="checkbox"/> 3 Надзвичайно вплинули (Я майже не могла виходити з дому)

Сума балів за розділом "Якість життя" = балів

Додаткові	14	Будь ласка, вкажіть, що з переліченого нижче відноситься до Вас на момент заповнення цього опитувальника:
		Менструація? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
		У вас є передменструальний синдром (ПМС)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
		Ознаки менопаузи? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
		Ви вагітні? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так
		У вас є цукровий діабет (діагностований)? <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Так



СТОП!

Будь ласка, перевірте свої відповіді та поверніть опитувальник вашому лікарю

Дякуємо Вам за співпрацю!



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

Опитувальник ACSS

Контрольне відвідування - Частина Б ("спостереження")

Час: ____:____

Дата заповнення опитувальника: / / (дд/мм/рррр)

Будь ласка, вкажіть, чи зазнали Ви яких небудь змін у симптомах, з часу коли Ви востаннє заповнювали першу частину цього опитувальника (Позначте один найбільш відповідний варіант):

Динаміка	<input type="checkbox"/> 0	Я почуваюся набагато краще (Усі симптоми минули)
	<input type="checkbox"/> 1	Я почуваюся краще (Більшість симптомів минули)
	<input type="checkbox"/> 2	Я почуваюся трохи краще (Більшість симптомів залишилася)
	<input type="checkbox"/> 3	Я почуваюся приблизно так само (Всі симптоми залишилися)
	<input type="checkbox"/> 4	Я почуваюся гірше (Мій стан погіршується)

Будь ласка, вкажіть, чи були у Вас перелічені нижче симптоми за останні 24 години та наскільки тяжкими вони були: (Позначте лише одну відповідь за кожним симптомом):

Типові	1	Часте сечовипускання в невеликих об'ємах (часте відвідування туалету)	<input type="checkbox"/> Ні <i>до 4 разів на добу</i>	<input type="checkbox"/> Так, трохи <i>5-6 разів на добу</i>	<input type="checkbox"/> Так, помірно <i>7-8 разів на добу</i>	<input type="checkbox"/> Так, сильно <i>9-10 або більше разів на добу</i>
	2	Тимчасові (сильні і невідкладні) позиви до сечовипускання	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	3	Відчуття болю або печіння при сечовипусканні	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	4	Відчуття відсутності випорожнення сечового міхура після сечовипускання	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	5	Біль або дискомфорт у нижній частині живота (у ділянці сечового міхура)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	6	Кров у сечі	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно

Общая сумма баллов "Typical" = балів

Інші	7	Біль у попереку (частіше - одностороння)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	8	Гнійні виділення з піхви	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	9	Виділення з сечовидільного каналу (без сечовипускання)	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так, трохи	<input type="checkbox"/> Так, помірно	<input type="checkbox"/> Так, сильно
	10	Відчуття ознобу/підвищення температури (понад 37,5 °C) (Якщо температура вимірювалася вкажіть якою вона була)	<input type="checkbox"/> Ні $\leq 37,5 \text{ }^\circ\text{C}$	<input type="checkbox"/> Так, трохи 37,6-37,9 °C	<input type="checkbox"/> Так, помірно 38,0-38,9 °C	<input type="checkbox"/> Так, сильно $\geq 39,0 \text{ }^\circ\text{C}$

Сума балів за розділом «Відмінні» = балів

11 Будь ласка, оцініть, наскільки сильний дискомфорт Ви відчували через ці симптоми за останню добу (Позначте один найбільш відповідний варіант):

- 0 Ніякого дискомфорту (Жодних симптомів взагалі. Почувала себе так само добре, як зазвичай)
- 1 Незначний дискомфорт (Почувала себе дещо гірше, ніж зазвичай)
- 2 Значний дискомфорт (Почувала себе набагато гірше, ніж зазвичай)
- 3 Крайній дискомфорт (почувала себе жакливо)

12 Будь ласка, вкажіть, якою мірою ці симптоми заважали Вам займатися щоденними справами/працювати в останні 24 години (Позначте один найбільш відповідний варіант):

- 0 Зовсім не вплинули (Працювала, як зазвичай в робочий день)
- 1 Трохи вплинули (Симптоми змусили мене працювати менше)
- 2 Значно вплинули (Звичайні щоденні справи вимагали значних зусиль)
- 3 Надзвичайно вплинули (Я була майже не в змозі працювати)

13 Будь ласка, вкажіть, якою мірою ці симптоми заважали Вам займатися Вашою соціальною діяльністю (відвідування друзів, вихід в люди тощо) останні 24 години (Позначте один найбільш відповідний варіант):

- 0 Зовсім не вплинули (Моя активність не була порушена. Повсякденна діяльність була звичайною)
- 1 Трохи вплинули (Активність нижча, ніж зазвичай)
- 2 Значно вплинули (Доводилося проводити багато часу вдома)
- 3 Надзвичайно вплинули (Я майже не могла виходити з дому)

Сума балів за розділом "Якість життя" = балів

14 Будь ласка, вкажіть, що з переліченого нижче відноситься до Вас на момент заповнення цього опитувальника:

Додаткові	Менструація?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
	У вас є передменструальний синдром (ПМС)?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
	Ознаки менопаузи?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
	Ви вагітні?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так
	У вас є цукровий діабет (діагностований)?	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Так



СТОП

Будь ласка, перевірте свої відповіді та поверніть опитувальник вашому лікарю

Дякуємо Вам за співпрацю!



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