

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 мочевыводящих 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 <i>≤37,5 °С</i> | <input type="checkbox"/> Да, слабо <i>37,6-37,9 °С</i> | <input type="checkbox"/> Да, умеренно <i>38,0-38,9 °С</i> | <input type="checkbox"/> Да, сильно <i>≥39,0 °С</i> |
| 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 так же, 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 (Только один ответ для каждого пункта) :

| | | 0 | 1 | 2 | 3 |
|----------|--|--|---|--|--|
| Типичные | 1 Учащенное мочеиспускание малыми объемами мочи (частое посещение туалета) | <input type="checkbox"/> Нет <i>до 4 раз в день</i> | <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 (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 мочевыводящих 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 <i>≤37,5 °C</i> | <input type="checkbox"/> Да, слабо <i>37,6-37,9 °C</i> | <input type="checkbox"/> Да, умеренно <i>38,0-38,9 °C</i> | <input type="checkbox"/> Да, сильно <i>≥39,0 °C</i> |

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!