

# Ocena objawów zapalenia pęcherza moczowego - Ankieta ACSS

Część A - Pierwsza wizyta (diagnostyka)

Godzina oceny: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Data oceny: / / (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	
Objawy typowe	1	Częste oddawanie niewielkich ilości moczu ( <i>częste wizyty w toalecie</i> )	<input type="checkbox"/> Nie <i>4 razy dziennie lub mniej</i>	<input type="checkbox"/> Tak, trochę częściej niż zwykle <i>5-6 razy dziennie</i>	<input type="checkbox"/> Tak, znacznie częściej niż zwykle <i>7-8 razy dziennie</i>	<input type="checkbox"/> Tak, bardzo często <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 (widoczna) w moczu ( <i>brak menstruacji</i> )	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
<b>Suma odpowiedzi „Typowe”:</b>					<input type="text"/> punkty	
Objawy różnicowe	7	Ból w lędźwiach ( <i>najczęściej – jednostronny</i> )	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	8	Nieprawidłowa wydzielina z pochwy ( <i>ilość, kolor, zapach</i> )	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	9	Nieprawidłowa wydzielina z ujścia 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	Podwyższona temperatura ciała ( <i>powyżej 37,5°C</i> ) / dreszcze	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
		Zmierzona temperatura: Nie <input type="checkbox"/> / Tak <input type="checkbox"/>	≤37,5 °C	37,6-37,9 °C	38,0-38,9 °C	≥39,0 °C
<b>Suma odpowiedzi „Różnicowe”:</b>					<input type="text"/> punkty	
Jakość życia	11	<b>Proszę ocenić, jak silnego dyskomfortu doświadczyła Pani z powodu powyższych objawów w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):</b>				
		<input type="checkbox"/> 0 Nie odczuwałam dyskomfortu ( <i>Brak objawów. Czułam się tak dobrze jak zwykle</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Odczuwałam lekki dyskomfort ( <i>Czułam się nieco gorzej niż zwykle</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Odczuwałam znaczny dyskomfort ( <i>Czułam się dużo gorzej niż zwykle</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Odczuwałam bardzo silny dyskomfort ( <i>Czułam się okropnie</i> )				
	12	<b>Proszę wskazać, jak powyższe objawy przeszkadzały Pani w codziennych czynnościach/w pracy w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):</b>				
		<input type="checkbox"/> 0 Zupełnie nie miały wpływu ( <i>Pracowałam tak jak zwykle w dniu pracy, bez utrudnień</i> ) <input type="checkbox"/> 1 Miały łagodny wpływ ( <i>Objawy sprawiły, że pracowałam mniej</i> ) <input type="checkbox"/> 2 Miały umiarkowany wpływ ( <i>Zwykłe codzienne czynności wymagały znacznego wysiłku</i> ) <input type="checkbox"/> 3 Miały bardzo duży wpływ ( <i>Prawie nie byłam w stanie pracować</i> )				
13	<b>Proszę wskazać, jak powyższe objawy przeszkadzały Pani w życiu towarzyskim (odwiedzinach u przyjaciół, wyjściach do restauracji, itp.) w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):</b>					
		<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> )				
<b>Suma punktów „Jakość życia”:</b>					<input type="text"/> punkty	
Dodatkowe	14	<b>Proszę wskazać, czy w chwili wypełniania kwestionariusza ma Pani cokolwiek z poniższej listy:</b>				
		Miesiączkę?	<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		
		Ciążę?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak		
	Zdiagnozowaną cukrzycę?	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak			

\*Objawy ZNP: np. zmęczenie, drażliwość, zmienność nastroju, wzdęcia i bolesność brzucha, tkliwość i bolesność piersi, problemy skórne, nadmierny apetyt, bóle głowy, wymioty.

\*\* Objawy menopauzy: np. uderzenia gorąco, nocne poty, bezsenność, zimne dreszcze, kołatanie serca, zawroty i bóle głowy, drętwienie kończyn, suchość pochwy, problemy z pamięcią, depresja, drażliwość, dysfunkcje seksualne, w tym obniżenie popędu seksualnego.

# Ocena objawów zapalenia pęcherza moczowego - Ankieta ACSS

Część B - Wizyta kontrolna (wynik)

Godzina oceny: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Data oceny: / / (dd/mm/rrrr)

Proszę wskazać, czy wystąpiły u Pani zmiany objawów (dolegliwości) od chwili wypełnienia przez Panią na pierwszej wizycie wyjściowej części niniejszego kwestionariusza? (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):

- Dynamika**
- 0 Tak, czuję się tak dobrze jak zwykle (Wszystkie objawów/dolegliwości ustąpiły)
- 1 Tak, czuję się dużo lepiej (Większość objawów/dolegliwości ustąpiła)
- 2 Tak, czuję się trochę lepiej (Większość objawów/dolegliwości wciąż się utrzymuje)
- 3 Bez zmian, czuję się tak samo (Wszystkie objawów/dolegliwości wciąż się utrzymują)
- 4 Tak, czuję się gorzej (Mój stan się pogorszył)

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	
<b>Objawy typowe</b>	1	Częste oddawanie niewielkich ilości moczu (częste wizyty w toalecie)	<input type="checkbox"/> Nie 4 razy dziennie lub mniej	<input type="checkbox"/> Tak, trochę częściej niż zwykle 5-6 razy dziennie	<input type="checkbox"/> Tak, znacznie częściej niż zwykle 7-8 razy dziennie	<input type="checkbox"/> Tak, bardzo często 9-10 razy dziennie
	2	Parcie nagłające (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 (widoczna) w moczu (brak menstruacji)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone

Suma odpowiedzi „Typowe”:  punkty

<b>Objawy różnicowe</b>	7	Ból w lędźwiach (najczęściej – jednostronny)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	8	Nieprawidłowa wydzielina z pochwy (ilość, kolor, zapach)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone
	9	Nieprawidłowa wydzielina z ujścia 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	Podwyższona temperatura ciała (powyżej 37,5°C) / dreszcze	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak, łagodne	<input type="checkbox"/> Tak, umiarkowane	<input type="checkbox"/> Tak, nasilone

Suma odpowiedzi „Różnicowe”:  punkty

11 Proszę ocenić, jak silnego dyskomfortu doświadczyła Pani z powodu powyższych objawów w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):

- 0 Nie odczuwałam dyskomfortu (Brak objawów. Czułam się tak dobrze jak zwykle)
- 1 Odczuwałam lekki dyskomfort (Czułam się nieco gorzej niż zwykle)
- 2 Odczuwałam znaczny dyskomfort (Czułam się dużo gorzej niż zwykle)
- 3 Odczuwałam bardzo silny dyskomfort (Czułam się okropnie)

12 Proszę wskazać, jak powyższe objawy przeszkadzały Pani w codziennych czynnościach/w pracy w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):

- 0 Zupełnie nie miały wpływu (Pracowałam tak jak zwykle w dniu pracy, bez utrudnień)
- 1 Miały łagodny wpływ (Objawy sprawiły, że pracowałam mniej)
- 2 Miały umiarkowany wpływ (Zwykłe codzienne czynności wymagały znacznego wysiłku)
- 3 Miały bardzo duży wpływ (Prawie nie byłam w stanie pracować)

13 Proszę wskazać, jak powyższe objawy przeszkadzały Pani w życiu towarzyskim (odwiedzinach u przyjaciół, wyjściach do restauracji, itp.) w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):

- 0 Zupełnie nie miały wpływu (Nie miały wpływu na wykonywane przeze mnie czynności. Życie codzienne toczyło się tak jak zwykle)
- 1 Miały łagodny wpływ (Mniej czynności niż zwykle)
- 2 Miały istotny wpływ (Musiłam spędzać dużo czasu w domu)
- 3 Miały bardzo duży wpływ (Prawie nie mogłam wyjść z domu)

Suma punktów „Jakość życia”:  punkty

14 Proszę wskazać, czy w chwili wypełniania kwestionariusza ma Pani cokolwiek z poniższej listy:

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Miesiączkę?                                 | <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 |
| Ciążę?                                      | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |
| Zdiagnozowaną cukrzycę?                     | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Tak |

\*Objawy ZNP: np. zmęczenie, drażliwość, zmienność nastroju, wzdęcia i pełność brzucha, tkliwość i bolesność piersi, problemy skórne, nadmierny apetyt, bóle głowy, wymioty.

\*\* Objawy menopauzy: np. uderzenia gorąca, nocne płyty, bezsenność, zimne dreszcze, kołatanie serca, zawroty i bóle głowy, drętwienie kończyn, suchość pochwy, problemy z pamięcią, depresja, drażliwość, dysfunkcje seksualne, w tym obniżenie popędu seksualnego.