

WYWIAD KLINICZNY PACJENTKI

Ten kwestionariusz dotyczy Pani historii klinicznej i objawów, które mogą być związane z endometriozą. Uzyskane odpowiedzi są bardzo ważne do określenia ostatecznego wyniku testu i prawdopodobieństwa wystąpienia endometriozy.

1. Czy przeszła Pani w przeszłości operację (laparoskopię lub inny zabieg chirurgiczny) w celu zbadania endometriozy?

Tak Nie

Jeśli kiedykolwiek przeszła Pani jakąkolwiek operację w celu wykrycia endometriozy, NAWET JEŚLI NIE WYKRYŁO ENDOMETRIOZY, proszę zaznaczyć „Tak”.

Jeśli miała Pani operację z innego powodu lub nigdy nie miała Pani żadnej operacji, proszę zaznaczyć „Nie”

2. Czy bolesne miesiączki są jednym z Pani objawów, który jest przyczyną wykonania badania w kierunku endometriozy?

Tak Nie

Jeśli bolesne miesiączki były jednym z wielu objawów, które skłoniły Panią do wizyty u lekarza i ta konsultacja ostatecznie doprowadziła do aktualnego badania w kierunku endometriozy, proszę zaznaczyć „Tak”. W przeciwnym razie proszę zaznaczyć „Nie”.

3. W jakim wieku Pacjentka po raz pierwszy odczuła ból podczas stosunku?

- 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25
 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36
 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47
 48 49 50 51 52 53 54 55 -

Pytanie dotyczy bólu podczas lub występującego w ciągu 24 godzin po stosunku. Jeśli nie chce Pani odpowiadać na to pytanie lub nigdy Pani nie współżyła lub pytanie jej nie dotyczy proszę zaznaczyć pozycję ze znakiem „-”. (nie zostawiać nie zaznaczonego pola)

4. Ile miała Pani lat, kiedy po raz pierwszy zdiagnozowano u Pani torbiele jajników, jeśli w ogóle?

Wiek

Jeśli kiedykolwiek (w swoim życiu) otrzymała Pani od swojego lekarza diagnozę torbieli jajnika, proszę podać wiek, w którym to się stało.

W przeciwnym razie lub jeśli nie jest Pani pewna, proszę zaznaczyć „-” (proszę nie zostawiać pustego pola)

5. Ile miała Pani lat kiedy zaczęła regularnie stosować środki przeciwbólowe (np. Ibuprofen lub inne)?

Wiek

Jeśli kiedykolwiek stosowała Pani leki przeciwbólowe przynajmniej raz w tygodniu przez okres 3 miesięcy lub dłużej, proszę wskazać,

w jakim wieku zaczęła Pani regularnie przyjmować ten lek. Jeśli nigdy Pani tego nie robiła, proszę zaznaczyć „-” (proszę nie zostawiać pustego pola).

6. Jak oceniałaby Pani swój ból menstruacyjny podczas ostatniego cyklu?

To pytanie dotyczy bólu w miednicy/dolnej części brzucha związanego z menstruacją (wliczając nieregularne krwawienie lub krwawienie podczas stosowania terapii hormonalnej, ale nie plamienie). Przez „ból w miednicy” rozumiemy każdy rodzaj bólu (skurcze, klucie, ból nagły, przesywający itp.) w dolnej części brzucha.

- Brak Łagodny
 Umiarkowany Ciężki

Godzina pobrania materiału

Godziny 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Minuty 15 30 45 Godziny popołudniowe

Podpis pacjenta

Dane osoby pobierającej