



Droga Pacjentko!

Poniżej znajdują się kwestionariusze oceniające pracę Twojego dna miednicy. Jeśli podejrzewasz u siebie nietrzymanie moczu lub stolca, wypełnij ankiety i zabierz je ze sobą na pierwszą wizytę lub wyślij przed wizytą na adres email: **kontakt@zdrovietopostawa.pl**

Dlaczego zachęcam do wypełnienia ankiet? Dzięki kwestionariuszom i wywiadowi jestem w stanie ocenić pracę mięśni dna miednicy w różnych sytuacjach. Dobra i szczegółowa ocena jest kluczem do dalszych etapów terapii.

Informacje o przechowywaniu danych osobowych znajdują się na stronie: **zdrovietopostawa.pl/rodo-w-gabiniecie**

Marta Bielejewska
fizjoterapeutka uroginekologiczna

Kwestionariusz PFDI - 20

Oto kwestionariusz PFDI – 20. Zawiera on 20 pytań nawiązujących do pracy Twojego układu pokarmowego, moczowego oraz dna miednicy. Odpowiadaj na pytania szczerze, uwzględnij ostatnie 3 miesiące. Wypełniony formularz daje Twojemu terapeutce obraz, jak Twoja miednica pracuje oraz na jakich problemach warto skupić się na początku.

1. Czy zwykle odczuwa Pani ucisk w podbrzuszu?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

2. Czy zwykle odczuwa Pani ciężkość lub pełność w podbrzuszu?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

3. Czy zwykle obserwuje Pani wybrzuszenie w okolicach pochwy, lub coś wysuwającego się z pochwy, co można dotknąć lub zobaczyć?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

4. Czy zwykle musi Pani wywierać nacisk na pochwę lub okolice odbytu aby wypróżnić się w pełni?

☐ **TAK**

☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

☐ **Wcale**

☐ **Nieco**

☐ **Umiarkowanie**

☐ **Znacznie**

5. Czy zwykle towarzyszy Pani uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza?

☐ **TAK**

☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

☐ **Wcale**

☐ **Nieco**

☐ **Umiarkowanie**

☐ **Znacznie**

6. Czy kiedykolwiek musiała Pani uciskać palcami wewnątrz pochwy aby rozpocząć lub zakończyć oddawanie moczu?

☐ **TAK**

☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

☐ **Wcale**

☐ **Nieco**

☐ **Umiarkowanie**

☐ **Znacznie**

7. Czy odczuwa Pani, że wypróżnianiu jelit towarzyszy nadmierny wysiłek?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

8. Czy towarzyszy Pani uczucie niepełnego wypróżniania jelit?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

9. Czy zwykle dochodzi u Pani do mimowolnego nietrzymania stolca (dotyczy prawidłowo uformowanego stolca)?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

10. Czy zwykle dochodzi u Pani do mimowolnego nietrzymania stolca (dotyczy luźnego lub płynnego stolca)?

☐ **TAK**

☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

☐ **Wcale**

☐ **Nieco**

☐ **Umiarkowanie**

☐ **Znacznie**

11. Czy zwykle dochodzi u Pani do mimowolnego nietrzymania gazów?

☐ **TAK**

☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

☐ **Wcale**

☐ **Nieco**

☐ **Umiarkowanie**

☐ **Znacznie**

12. Czy zwykle odczuwa Pani ból podczas wypróżniania jelit?

☐ **TAK**

☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

☐ **Wcale**

☐ **Nieco**

☐ **Umiarkowanie**

☐ **Znacznie**

13. Czy odczuwa Pani silne parcie na stolec i musi pospiesznie udać się do łazienki w celu wypróżnienia?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

14. Czy kiedykolwiek podczas wypróżniania, lub po jego zakończeniu część jelita uwypukliła się na zewnątrz odbytu?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

15. Czy zwykle często oddaje Pani mocz?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

16. Czy zwykle występuje u Pani wyciek moczu, poprzedzony parciem na pęcherz – tak silnym, że istnieje konieczność udania się do łazienki?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

17. Czy zwykle występuje u Pani wyciek moczu związany ze śmiechem, kaszlem lub kichaniem?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

18. Czy zwykle występują u Pani niewielkie wycieki moczu (kilka kropel)?

- ☐ **TAK**
☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

- ☐ **Wcale**
☐ **Nieco**
☐ **Umiarkowanie**
☐ **Znacznie**

19. Czy ma Pani trudności z opróżnianiem pęcherza?

☐ **TAK**

☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

☐ **Wcale**

☐ **Nieco**

☐ **Umiarkowanie**

☐ **Znacznie**

20. Czy zwykle odczuwa Pani ból lub dyskomfort w podbrzuszu lub okolicy narządów płciowych?

☐ **TAK**

☐ **NIE**

Jeśli **TAK**, w jakim stopniu objawy te są dla Pani uciążliwe?

☐ **Wcale**

☐ **Nieco**

☐ **Umiarkowanie**

☐ **Znacznie**

Kwestionariusz CSI A

Poniżej znajdują się stwierdzenia dotyczące Twojego samopoczucia i funkcjonowania organizmu na co dzień. Kwestionariusz CSI A daje obraz tego, jak pracuje Twój układ nerwowy i czy Twoje ciało mierzy się z dużym stresem.

Czuję się zmęczona i niewypoczęta po przebudzeniu	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Moje mięśnie są sztywne i obolałe	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Mam napady lęku	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Zaciskam zęby lub zgrzytam zębami	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Mam biegunki i/lub zaparcia	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Potrzebuję pomocy w wykonywaniu codziennych czynności	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Jestem wrażliwa na jasne światło	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Łatwo się męczę podczas aktywności fizycznej	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Odczuwam ból całego ciała	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Mam bóle głowy	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Odczuwam dyskomfort w pęcherzu moczowym i/lub odczuwam pieczenie podczas oddawania moczu	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Źle śpiam	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze

Mam trudności z koncentracją	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Mam problemy ze skórą takie jak: suchość, swędzenie, wysypka	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Stres pogarsza moje dolegliwości fizyczne	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czuję się smutna lub przygnębiona	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Mam mało energii	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Odczuwam napięcie mięśni barków i karku	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Mam bóle szczęki	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Niektóre zapachy (np. perfumy) sprawiają, że mam zawroty głowy i/lub nudności	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Często oddaję mocz	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Gdy idę spać, odczuwam w kończynach dolnych dyskomfort i niepokój	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Mam trudności z zapamiętywaniem	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Przeżywałam traumę w dzieciństwie	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Mam bóle w okolicy miednicy	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze

Kwestionariusz CSI B

Zaznacz schorzenia, z którymi się borykasz. W wolnej kolumnie wpisz rok diagnozy

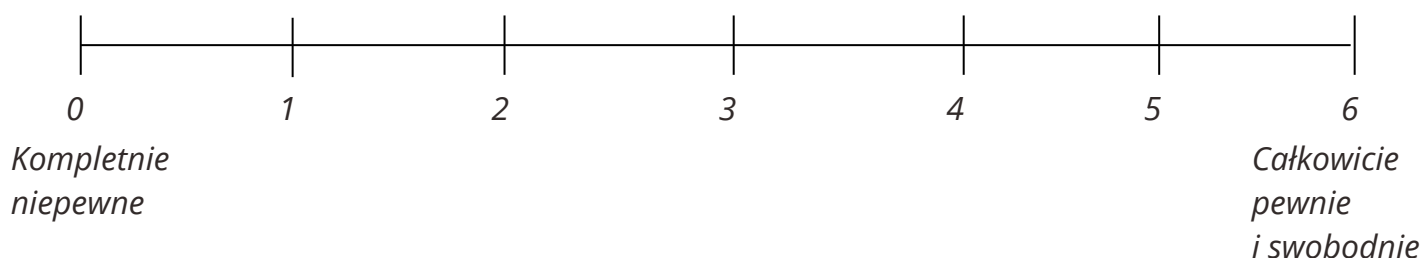
Zespół niespokojnych nóg	tak	nie	
Zespół przewlekłego zmęczenia	tak	nie	
Fibromialgia	tak	nie	
Dysfunkcja stawu skroniowo-żuchwowego	tak	nie	
Migreny lub napięciowe bóle głowy	tak	nie	
Zespół jelita drażliwego	tak	nie	
Nadwrażliwość/ uczulenie na substancje chemiczne	tak	nie	
Urazy szyi/ kręgosłupa szyjnego	tak	nie	
Zaburzenia lękowe lub napady paniki	tak	nie	
Depresja	tak	nie	

Kwestionariusz PASEQ - 2

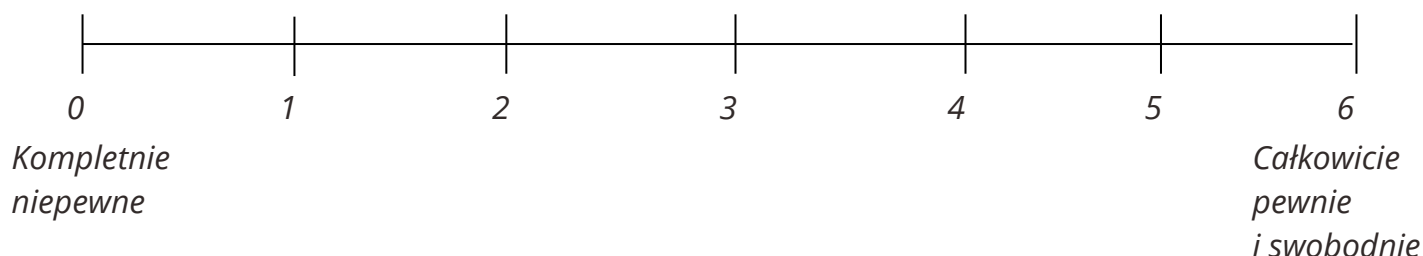
Zaznacz na skali jak pewnie i swobodnie czujesz się w czynnościach obecnie, pomimo odczuwanego bólu.

Pamiętaj, że kwestionariusz nie sprawdza, czy wykonałeś dane aktywności w ostatnim czasie, ale sprawdza to, jakbyś się czuł wykonując je obecnie, pomimo odczuwanego bólu.

1. Mogę wykonywać określone prace domowe/ zawodowe, pomimo odczuwanego bólu



2. Mogę prowadzić normalne życie, pomimo odczuwanego bólu



Kwestionariusz DASS - 21

Proszę przeczytać każde zdanie i zaznaczyć odpowiedź, która sugeruje Twoje nasilenie w ostatnim tygodniu. Pamiętaj, że wypełniając test nie ma prawidłowych lub złych odpowiedzi – są tylko poprawne – Twoje odczucie.

Trudno było mi się odprężyć	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Odczuwałam suchość w ustach	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Nie mogłam doświadczyć pozytywnych uczuć	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Odczuwałam trudność w oddychaniu(duszności, przyspieszony oddech bez wcześniejszego wysiłku)	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Trudno było mi znaleźć inicjatywę do działania	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Miałam skłonności do przesadnego reagowania na różne sytuacje	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Odczuwałam drżenie(np. rąk)	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam, że zużywam dużo nerwowej energii	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Byłam przestraszona sytuacjami, gdzie mogłam spanikować lub ośmieszyć się	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam, że nie ma przede mną przyszłości, nic mnie nie czeka w życiu	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam się pobudzona/ niespokojna	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze

Trudno było się zrelaksować	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam się przygnębiona i smutna	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Byłam nietolerancyjna do wszystkiego, co uniemożliwiało mi wzięcie udziału w tym, co robiłam	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Byłam bliska wpadnięciu w panikę	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Nie byłam zdolna do odczuwania entuzjazmu	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam, że jestem niewiele warta	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam, że jestem raczej przewrażliwiona	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Zdałam sobie sprawę z pracy mojego serca mimo braku wysiłku fizycznego (np. przyspieszone bicie serca, zanik bicia serca)	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam się przestraszona bez powodu	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze
Czułam, że życie nie ma sensu	nigdy	rzadko	czasami	często	zawsze

Kwestionariusz AIS

Zakreśl odpowiedź przy wymienionych poniżej objawach, jeśli występowały co najmniej 3 razy w tygodniu w ciągu ostatniego miesiąca.

Zасыpianie po położeniu się do łóżka i zgaszeniu światła	szybkie	nieznacznie opóźnione	opóźnione	bardzo opóźnione lub bezsenność
Budzenie się w nocy	nie występuje	sporadycznie	często	bardzo często lub bezsenność
Budzenie się rano wcześniej niż planowano	o zamierzonej godzinie	nieznacznie wcześniej	znacznie wcześniej	dużo wcześniej lub bezsenność
Całkowity czas snu	wystarczający	nieznacznie wystarczający	wyraźnie niewystarczający	całkowicie niewystarczający lub bezsenność
Jakość snu, niezależnie od czasu jego trwania	satysfakcjonująca	nieznacznie niesatysfakcjonująca	wyraźnie niesatysfakcjonująca	całkowicie niesatysfakcjonująca
Samopoczucie następnego dnia	dobrze	nieznacznie gorsze	wyraźnie gorsze	wybitnie gorsze
Sprawność psychiczna i fizyczna następnego dnia	niezaburzona	nieznacznie zaburzona	wyraźnie zaburzona	wybitnie zaburzona
Senność w ciągu dnia	nie zdarza się	nieznaczna	wyraźna	bardzo nasilona