

KOMPLEKSOWA ANKIETA OBJAWÓW ENDOMETRIOZY

Wywiad przed konsultacją lekarską i rezonansem magnetycznym miednicy mniejszej

Formularz łączy pytania z trzech ankiet, bez powtarzania tych samych objawów. Pomaga uporządkować wywiad, lecz nie jest narzędziem diagnostycznym i nie ma ustalonego progu rozpoznania endometriozy.

I. Dane pacjentki i cykl miesięczkowy

Imię i nazwisko:

.....

Data wypełnienia:

.....

Data ostatniej miesiączki (OM):

.....

Dzień cyklu w dniu badania:

.....

Czy miesiączki są obfite?

☐ NIE ☐ NIEWIELKIE ☐ ZNACZNE ☐ BARDZO OBFITE

Czy stosujesz antykoncepcję hormonalną lub hormonoterapię?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, jaką i od kiedy?

Czy przebyłaś operacje ginekologiczne lub zabiegi w obrębie jamy brzusznej/miednicy (np. laparoscopia, wyłuszczenie torbieli)?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, jakie i kiedy?

Czy w rodzinie występowała endometrioza?

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM

II. Czas trwania, wpływ cyklu i dotychczasowe leczenie

Od kiedy występują dolegliwości?

.....

Czy objawy nasilają się w określonej fazie cyklu? Jeśli tak, kiedy?

.....

Przyjmowane leki, leczenie hormonalne, przeciwbólowe lub inne dotychczasowe leczenie:

.....

Czy dolegliwości ograniczają codzienne funkcjonowanie, pracę, naukę lub jakość życia?

☐ NIE ☐ NIEWIELE ☐ ZNACZNIE ☐ BARDZO ZNACZNIE

Czy pomimo roku regularnego współżycia bez zabezpieczenia nie doszło do ciąży?

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

III. Nasilenie objawów

Przy każdym objawie zaznacz „Nie”, jeżeli nie występuje. Jeżeli występuje, podaj nasilenie od 0 do 10 i zaznacz, czy nasila się podczas miesiączki.

Objaw	Nie	Nasilenie 0-10	Nasila się podczas miesiączki
Bolesne miesiączki, w tym ból ograniczający codzienne funkcjonowanie	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Głęboki ból podczas stosunku seksualnego lub po nim	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Utrzymujący się lub przewlekły ból miednicy mniejszej, także niezwiązany z miesiączką	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Ból podczas owulacji	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Wzdęcia, w tym silne wzdęcia brzucha (tzw. „endobelly”)	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Zaparcia	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Biegunki lub naprzemienne zaparcia i biegunki	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Bolesne wypróżnienia, zwłaszcza podczas miesiączki	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Krwawienie z odbytu podczas miesiączki	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Bolesne lub utrudnione oddawanie moczu, zwłaszcza podczas miesiączki	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Częstomocz lub naglące parcie na pęcherz	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Krew w moczu (krwiomocz), zwłaszcza podczas miesiączki	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Silne zmęczenie	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Ból pleców	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Problemy ze snem	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Bóle głowy	☐	[]	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

IV. Dodatkowe informacje dla lekarza

Inne objawy lub istotne informacje, których nie uwzględniono powyżej:

.....

.....

.....

Dodatkowe informacje dotyczące płodności, przebytych ciąż lub leczenia niepłodności (jeśli dotyczy):

.....

.....

V. Bezpieczeństwo wykonania MR - przeciwwskazania

Tę część należy wypełnić przed badaniem rezonansu magnetycznego. Nie zastępuje ona standardowego formularza kwalifikacji obowiązującego w pracowni MR.

Czy masz wszczepiony rozrusznik serca, kardiowerter-defibrylator lub inny stymulator?

☐ TAK ☐ NIE

Czy masz w ciele metalowe implanty, klipsy naczyniowe, protezy, odłamki lub inne elementy metalowe?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, jakie?

.....

Czy jesteś w ciąży lub istnieje podejrzenie ciąży?

☐ TAK ☐ NIE

Czy masz klaustrofobię (lęk przed ciasnymi przestrzeniami)?

☐ TAK ☐ NIE

Czy występują u Ciebie alergie, zwłaszcza na środki kontrastowe?

☐ TAK ☐ NIE

Jeśli tak, jakie?

.....

Data:

Podpis pacjentki:

Źródła pytań: polska adaptacja Jean Halles for Women's Health Endometriosis Symptom Checklist; Abbott/a:care Endometriosis Symptom Checklist; ankieta wywiadu przed MR miednicy w kierunku endometriozy głęboko naciekającej. Formularz pomocniczy - nie zastępuje konsultacji lekarskiej ani kwalifikacji do MR.