



АНКЕТА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire)

Некоторые женщины считают, что симптомы, связанные с мочевым пузырем, кишечником или выпавшей маткой влияют на их повседневные дела, взаимоотношения и чувства. Поставьте «X» напротив наиболее подходящего ответа, описывающего указанные симптомы в течение **последних 3 месяцев**. Пожалуйста, убедитесь, что вы поставили отметки во всех 3 колонках напротив каждого вопроса. Спасибо за участие!

Как часто симптомы связанные с >>> Влияют на Вашу (Ваше)	Мочевым пузырем или Мочой (учащённое, затруднённое мочеиспускание; недержание мочи)	Кишечником или прямой Кишкой (нарушения дефекации)	Выпадением органов малого таза (ощущение инородного тела во влагалище, выпадение матки за пределы влагалища)
1. Способность выполнять домашнюю работу (готовить пищу, убирать дом, стирать)?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто
2. Способность ходить, плавать или выполнять физические упражнения?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто
3. Способность посещать кинотеатры, концерты?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто
4. Способность ездить на машине, автобусе более 30 мин от дома?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто
5. Участие в общественных мероприятиях вне дома?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто
6. Эмоциональное благополучие (нервозность, депрессия и т.д.)?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто
7. Ощущение неудовлетворенности?	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто	<input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Очень часто

PFDI – 20 (Pelvic Floor Distress Inventory)

Инструкция: Пожалуйста дайте наиболее подходящий, по Вашему мнению, ответ. Отвечая на вопросы, опишите Ваши симптомы в течение последних 3 месяцев и то, насколько они вас беспокоят. На каждый вопрос предлагается ответить следующим образом: Совсем не беспокоит (0 баллов), если да, то как сильно это Вас беспокоит? Практически не беспокоит (1 балл), беспокоит слегка (2 балла), беспокоит довольно сильно (3 балла), очень беспокоит (4 балла). Таким образом, за каждый вопрос начисляется от 0 до 4 баллов. Спасибо!

Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory 6 (POPDI - 6)

	Нет	Да			
1. Вы обычно испытываете чувство давления в нижних отделах живота?	0	1	2	3	4
2. Вы обычно испытываете тяжесть в области таза?	0	1	2	3	4
3. У Вас выпадает что-то из влагалища, что Вы можете почувствовать или увидеть?	0	1	2	3	4
4. Необходимо ли Вам вправить влагалище или часть прямой кишки для полного опорожнения кишечника?	0	1	2	3	4
5. Вы обычно испытываете чувство неполного опорожнения мочевого пузыря?	0	1	2	3	4
6. Вам когда-нибудь требовалось вправлять влагалище для начала мочеиспускания или полного опорожнения мочевого пузыря?	0	1	2	3	4

Colorectal-Anal Distress Inventory 9 (CRAD - 8)

	Нет	Да			
7. Вы чувствуете необходимость сильного натуживания для опорожнения кишечника?	0	1	2	3	4
8. У Вас бывает чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации?	0	1	2	3	4
9. У Вас бывают эпизоды недержания кала при хорошо оформленном стуле?	0	1	2	3	4
10. У Вас бывают эпизоды недержания кала при жидком стуле??	0	1	2	3	4
11. У Вас бывают эпизоды недержания газов?	0	1	2	3	4
12. Испытываете ли Вы боль при дефекации?	0	1	2	3	4
13. Испытываете ли Вы нестерпимо сильные позывы к дефекации?	0	1	2	3	4
14. Выпала ли когда-нибудь у Вас часть прямой кишки через анальное отверстие?	0	1	2	3	4

Urinary Distress Inventory 6 (UDI - 6)

	Нет	Да			
15. Бывают ли у Вас учащенное мочеиспускание?	0	1	2	3	4
16. Бывает ли у Вас недержание мочи вследствие сильного позыва к мочеиспусканию?	0	1	2	3	4
17. Бывает ли у Вас недержание мочи при кашле, чихании, или смехе?	0	1	2	3	4
18. Теряете ли вы мочу в незначительных количествах (по каплям)?	0	1	2	3	4
19. Испытываете ли Вы затруднение опорожнения мочевого пузыря?	0	1	2	3	4
20. Испытываете ли Вы боль или дискомфорт в нижних отделах живота или области половых органов?	0	1	2	3	4

Подсчет: вычисляется среднее арифметическое в каждой группе вопросов (разброс от 0 до 4), значение умножается на 25, при этом разброс показателей составляет 0-100 баллов. Отсутствующие ответы расцениваются как среднее арифметическое для данного вопросника.

Для подсчета вопросника PFDI-20 необходимо сложить 3 шкалы вместе (разброс показателей составляет 0-300 баллов).

PISQ-12 (Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire)

**Если Вы не живете половой жизнью, поставьте галочку здесь и не заполняйте вопросник.*

Инструкция: Вам представлен набор вопросов о Вашей половой жизни и половой жизни Вашего партнера. Вся информация строго конфиденциальна. Ваши ответы будут использованы только для того, чтобы помочь врачам понять, что важно для пациентов в их половой жизни. Пожалуйста, дайте ответ, который наиболее подходит Вам. Отвечая на вопросы, рассматривайте свою половую жизнь в течение последних 6 месяцев. Благодарим Вас за помощь.

1. Как часто Вы испытываете половое влечение? Это может быть желание заниматься сексом, планирование заниматься сексом, ощущение неполноценности из-за нехватки секса и т.д.	<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Никогда
2. Вы испытываете оргазм во время половой связи с партнером?	<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Никогда
3. Вы чувствуете себя сексуально возбужденной во время половой связи с партнером?	<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Никогда
4. Вы удовлетворены разнообразием своей половой жизни?	<input type="checkbox"/> Всегда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Никогда
5. Испытываете ли Вы боль во время полового акта?	<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Всегда
6. Бывают ли у Вас эпизоды непроизвольной потери мочи во время полового акта?	<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Всегда
7. Влияет ли боязнь неудержания мочи, кала на Вашу сексуальную жизнь?	<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Всегда
8. Избегаете ли вы половых контактов из-за выпадения влагалища (мочевого пузыря, прямой кишки, или влагалища)?	<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Всегда
9. Когда вы занимаетесь сексом со своим партнером, испытываете ли вы отрицательные эмоции, такие как страх, отвращение, стыд или вину?	<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Всегда
10. Бывает ли у Вашего партнера проблемы с эрекцией, что влияет на вашу сексуальную жизнь?	<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Всегда
11. Бывает ли у вашего партнера проблемы с преждевременной эякуляцией, что влияет на вашу сексуальную жизнь?	<input type="checkbox"/> Никогда	<input type="checkbox"/> Редко	<input type="checkbox"/> Иногда	<input type="checkbox"/> Часто	<input type="checkbox"/> Всегда
12. Сравните интенсивность оргазмов, которые вы испытывали в прошлом с тем насколько сильны были оргазмы за последние 6 месяцев?	<input type="checkbox"/> Намного более интенсивные	<input type="checkbox"/> Более интенсивные	<input type="checkbox"/> Та же самая интенсивность	<input type="checkbox"/> Менее интенсивные	<input type="checkbox"/> Намного менее интенсивные
	4	3	2	1	0

ОПРОСНИК ПО ВЛИЯНИЮ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
(ICIQ – SF - International Conference on Incontinence Questionnaire Short Form)

Дата рождения (возраст) _____ Пол: _____ мужской _____ женский
Дата исследования _____

Ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы в соответствии с тем, как это было
на протяжении последнего месяца

1. Как часто у Вас наблюдается подтекание мочи (отметьте **один** наиболее подходящий ответ) ?

- Никогда – 0
- 1 раз в неделю и реже – 1
- 2 или 3 раза в неделю – 2
- 1 раз в день – 3
- Несколько раз в день – 4
- Всё время – 5

2. Какое количество мочи на Ваш взгляд у Вас подтекает (отметьте **один** наиболее подходящий ответ) ?

- Нисколько – 0
- Небольшое количество – 2
- Достаточное количество – 4
- Большое количество – 6

3. Насколько сильно подтекание мочи влияет на Вашу повседневную жизнь?

(Оцените по 10 – бальной шкале, где совсем не влияет – 1, очень сильно влияет – 10; обведите наиболее подходящую цифру)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

4. Когда у Вас подтекает моча (отметьте **все** подходящие ответы) ?

- Никогда моча не подтекает
- На пути к туалету
- При кашле и чихании
- Во сне
- Во время физической нагрузки
- Сразу после того, как Вы сходили в туалет и оделись
- Без особых причин
- Всё время

Общая сумма баллов за ответы на вопросы 1,2,3 = _____

Интерпретация результатов:

0 – незначительная степень недержания мочи

1 – 5 – лёгкая степень недержания мочи

6 – 12 – средняя степень недержания мочи

13 – 18 – тяжёлая степень недержания мочи

19 – 21 – очень тяжёлая степень недержания мочи