

ОПРОСНИК ПО ВУЛЬВАРНОЙ БОЛИ

ДАННЫЕ ПАЦИЕНТА

Имя

Возраст

Дата рождения

Количество детей

У вас были естественные роды или кесарево сечение?

Повлияли ли роды на ваши симптомы?

- Нет Перейти к следующему вопросу
- Да Опишите подробнее

Были ли у вас в прошлом гинекологические проблемы?

- Нет Перейти к следующему вопросу
- Да Опишите подробнее

Есть другие проблемы со здоровьем?

ОБРАЗ ЖИЗНИ

Чем вы занимаетесь в настоящее время?

Вы занимаетесь какой-либо физической нагрузкой?

- Нет Перейти к следующему вопросу
- Да Пожалуйста, укажите, что и как часто

ЖАЛОБЫ В ДАННЫЙ МОМЕНТ

Вам уже ставили какой-либо диагноз, например вульводиния?

Укажите какие у вас симптомы (вы можете указать один или несколько)

- жжение
- болезненность
- раздражение
- зуд
- боль при половом акте
- выделения из влагалища
- другое (укажите)

Ваши симптомы постоянны?

- да
- нет
- периодически – то есть, то нет

Что вас больше всего беспокоит в вашей проблеме?

Сколько месяцев /лет у вас эти симптомы?

Каков ваш общий уровень работоспособности?

Как часто вы подмываетесь?

Какие средства гигиены используете?

Вам назначали или рекомендовали какие-либо лекарства раньше?

- Нет Перейти к следующему вопросу
- Да Укажите названия всех средств, которые вы можете вспомнить (включая вагинальные препараты, кремы и таблетки)

Вы самостоятельно использовали какие-либо средства или препараты без назначения врача?

- Нет Перейти к следующему вопросу
- Да Пожалуйста, перечислите

Можете ли вы вспомнить, что именно вызвало ваши симптомы?

- Нет Перейти к следующему вопросу
- Да Пожалуйста, перечислите

Как вы можете описать ваши симптомы в настоящий момент, по сравнению с тем, что было первоначально?

- одинаково
- дискомфорт стал менее интенсивным
- дискомфорт стал более интенсивным
- реже
- чаще

Было ли так, что симптомов не было?

Как долго?

- Нет Перейти к следующему вопросу
- Да Когда?

В какое время суток ваши симптомы наиболее выражены?

- утром
- вечером
- ночью (перед сном)
- всегда в течение дня
- при мочеиспускании
- после дефекации

Как ваши симптомы связаны с менструальным циклом?

- хуже перед менструацией
- хуже во время менструации
- хуже сразу после менструации
- всегда одинаково в течение месяца
- хуже при овуляции (в середине цикла)

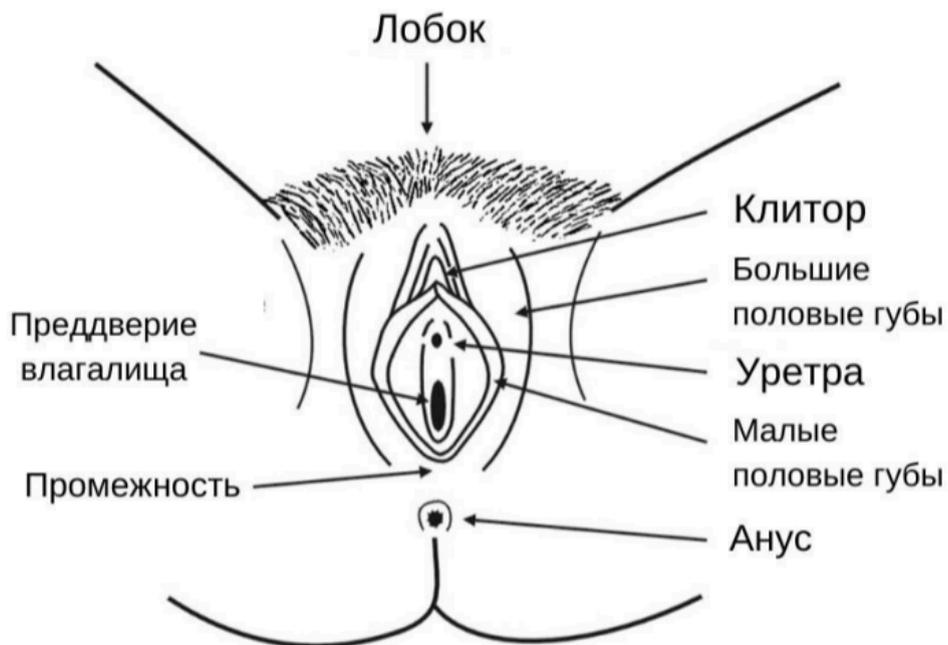
Как вы можете описать дискомфорт, связанный с вашими симптомами?

- Незначительно, я замечаю, только когда думаю об этом
- Незначительно, я могу игнорировать это, не думая об этом
- Умеренно, я всегда знаю, что он есть, но я все еще могу выполнять большинство задач
- Тяжело, это позволяет мне выполнять только те задачи, которые требуют небольшой концентрации
- Тяжело, я не могу делать что-либо, кроме как обратиться за медицинской помощью

Отметьте пункты, которые лучше всего отражают локализацию ваших симптомов (диаграмма и описание различных частей вульвы приведены ниже для информации)

- лобок
- клитор
- большие половые губы
- уретра
- анус
- малые половые губы
- преддверие влагалища
- промежность

Диаграмма, показывающая строение вульвы



Как ваши симптомы влияют на вашу обычную жизнь?

- НИКАК не влияют на распорядок дня или запланированные мероприятия
- НЕМНОГО влияют на распорядок дня или запланированные мероприятия
- не дают мне заниматься повседневными делами
- я вынуждена лежать в кровати, не могу ничего делать
- требуют обращения за немедленной медицинской помощью

Вы в настоящее время состоите в отношениях?

- Да
- Нет

Как ваши симптомы влияют на вашу сексуальную жизнь?

- Никак не влияют на половой акт
- Иногда мешают мне вступить в половую связь
- Полностью препятствуют половому акту
- Вызывают дискомфорт, но не препятствуют половому акту
- Могут повлиять на половой акт или нет, я не знаю, так как я не живу половой жизнью

Что вы и ваш партнер делаете, когда / если ваши симптомы препятствуют половому акту?

- Полностью избегаем сексуальной близости
- Физически близки, но избегаем половых контактов
- Сосредоточены на удовлетворении моего партнера
- Ничего не меняем
- Другое

Ваш партнер знает о ваших проблемах?

- Нет Перейти к следующему вопросу
- Да Если да, какова будет реакция?

Вы когда-нибудь заканчивали отношения из-за ваших симптомов?

- Нет
- Да

Думали ли вы, что ваши симптомы могут быть связаны с:

Травма

- Да
- Нет

Стресс

- Да
- Нет

Молочница

- Да
- Нет

Рак

- Да
- Нет

Инфекционное заболевание

- Да
- Нет

Другие возможные причины

Считаете ли вы, что в вашем рационе есть какие-либо продукты, которые могут усугубить ваши симптомы?

- Нет Перейти к следующему вопросу
- Да Пожалуйста, перечислите

Были ли у вас проблемы со спиной (в настоящий момент или в прошлом)?

- Нет Перейти к следующему вопросу
- Да Опишите, пожалуйста

Вы с оптимизмом смотрите в будущее?

- Да, моя боль когда-нибудь пройдет
- Да, я научусь жить с болью
- Нет

Хотите ли вы еще что-нибудь рассказать о ваших симптомах