

Какие специалисты занимались Вашим лечением? \_\_\_\_\_?

ФИО	Специальность	Город, телефон

### Общая информация

Выберите подходящий вариант:

Замужем

Вдова

Временные отношения

Гражданский брак

Одна

Повторный брак

Разведена

С кем Вы проживаете? \_\_\_\_\_

Образование:

Среднее неполное

Полное среднее

Среднее специальное

Высшее

Ваша специальность по образованию? \_\_\_\_\_

Кем Вы работаете в настоящее время? \_\_\_\_\_

### Хирургический анамнез

Укажите все хирургические вмешательства, проведенные в связи с этой болью:

Год	Вид вмешательства	Хирург	Результаты

Укажите все другие хирургические вмешательства:

Год	Вид вмешательства

Год	Вид вмешательства

### Комментарий направляющего врача

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Препараты

Укажите все препараты и их дозы, которые в течение 6 месяцев Вы применяли для лечения боли, и врача, их назначившего (используйте дополнительный лист бумаги, если потребуется):

Препарат/доза	Кто назначил	Было ли улучшение?		
		Да	Нет	Только во время приема
		Да	Нет	Только во время приема
		Да	Нет	Только во время приема
		Да	Нет	Только во время приема
		Да	Нет	Только во время приема
		Да	Нет	Только во время приема
		Да	Нет	Только во время приема
		Да	Нет	Только во время приема

Укажите **все остальные** препараты, которые Вы принимаете, причину и врача, их назначившего (используйте дополнительный Бумаги, если это необходимо):

Препарат/доза	Кто назначил	Причина назначения

### Акушерский анамнез

Количество беременностей? \_\_\_\_\_

Роды: \_\_\_\_\_ в срок \_\_\_\_\_ преждевременные \_\_\_\_\_ выкидыши/аборты \_\_\_\_\_ живых детей \_\_\_\_\_

Были осложнения во время беременности, в родах или послеродовом периоде?

Эпизиотомия

Кесарево сечение

Вакуум

Послеродовое кровотечение

Разрывы влагалища

Акушерские щипцы

Кровотечение

Другое \_\_\_\_\_

### Семейный анамнез

У близких родственников были: Фибромиалгия Хроническая тазовая боль Синдром раздраженного кишечника

Депрессия

Интерстициальный цистит

Другие хронические заболевания

Эндометриоз

Рак (какой орган) \_\_\_\_\_

### Анамнез жизни

Укажите все, имеющиеся заболевания \_\_\_\_\_

Аллергия (в том числе на латекс) \_\_\_\_\_

Кто Ваш лечащий врач? \_\_\_\_\_

Были ли Вы госпитализированы когда-либо, за исключением родов? Да Нет Если да, когда \_\_\_\_\_

Были ли когда-либо травмы, переломы?

Да

Нет

Лечили когда-либо депрессию?

Да

Нет

Методы:

Препараты

Госпитализация

Психотерапия

Метод контрацепции:

Ничего

КОК

Вазэктомия

Влагалищное кольцо

Депровера

Презерватив

ВМС

Удалена матка

Диафрагма влагалищная

Стерилизация

Другое \_\_\_\_\_

### Гинекологический анамнез

Возраст начала первой менструации? \_\_\_\_\_

Менструации все еще приходят? Да Нет

### На следующие вопросы отвечайте, если менструации еще приходят.

Обильность: Скучные Умеренные Обильные Очень обильные

Продолжительность цикла (от первого до первого дня)? \_\_\_\_\_

Продолжительность менструации? \_\_\_\_\_

Первый день последней менструации \_\_\_\_\_

Менструации болезненные? Да Нет

Боли начинаются во время месячных? Да Нет Боль начинается за \_\_\_\_\_ дней до

Менструации регулярные? Да Нет

Менструации со сгустками? Да Нет

### Желудочно-кишечный тракт

У Вас есть тошнота? Нет При болях При принятии лекарств Во время еды Другое

У Вас есть рвота? Нет При болях При принятии лекарств Во время еды Другое

Были у Вас расстройства пищевого поведения: булимия/анорексия? Да Нет

Замечали ли Вы кровь при опорожнении кишечника? Да Нет

Усиливаются ли боли при движении кишечника? Да Нет

Следующие вопросы помогают распознать синдром раздраженного кишечника, как причину болей

### Есть ли у Вас дискомфорт или боль в следующих случаях:

При изменении интенсивности движения кишечника? Да Нет

Изменения возникают во время опорожнения кишечника? Да Нет

Боли уменьшаются после опорожнения кишечника? Да Нет

### Образ жизни

Занятия спортом? Редко 1- раз в неделю 3-5 раз в неделю Ежедневно

Потребление кофеина (количество чашек в день, включая кофе, чай, энергетики, пр)? 0 3F6 7F9 M9

Сколько сигарет выкуриваете в день? \_\_\_\_\_ Сколько лет курите? \_\_\_\_\_

Употребляете алкоголь? Да Нет

Сколько раз в неделю \_\_\_\_\_

Получали ли Вы лечение по поводу зависимости? Да Нет

Употребляли когда-либо наркотики? Никогда Употреблял ранее, сейчас нет Применяю сейчас Затрудняюсь

Героин Амфетамины Марихуана Барбитураты Кокаин Другое \_\_\_\_\_

Какого типа питания придерживаетесь? Сбалансированное Веган Вегетарианство Много жаренного

Специальный тип питания \_\_\_\_\_ Другое \_\_\_\_\_

### Способы преодоления

С кем Вы разговариваете о боли или во время стрессовых ситуаций?

Супруг / Партнер	Родственник	Группа поддержки	Священник
Врач / Медсестра	Друг/Подруга	Психотерапевт	Справляюсь сам

Как Ваш партнер справляется с Вашей болью?

Не замечает, когда мне больно	Заботится обо мне	Нет ответа
Уходит	Чувствует беспомощность	
Пытается отвлечь	Злится	

Что облегчает боль?

Медитация	Релаксация	Прилечь	Музыка
Массаж	Холод	Согревающий компресс	Горячая ванна
Обезболивающие	Слабительные/клизма	Уколы	Нейростимуляция
Опорожнение кишечника	Мочеиспускание	Ничего	
Другое _____			

Что может усилить боль?

Половой акт	Оргазм	Стресс	Переедание
Опорожнение кишечника	Полный мочевого	Мочеиспускание	Стоя
Ходьба	Тренировка	Время суток	Погода
Прикосновение одежды	Кашель/Чихание	Не связано ни с чем	
Другое _____			

Из всех проблем и стрессов в Вашей жизни, насколько важна эта боль?

Это самая важная проблема	Это одна из многих проблем
---------------------------	----------------------------

### Sexual and Physical Abuse History

Подвергались ли Вы эмоциональному насилию, в том числе оскорбления и унижения? Да Нет Затрудняюсь

Выберите оба варианта для детства и взрослого состояния

Ребенком (13 и младше)	Взрослым (14 и старше)
---------------------------	---------------------------

- |   |    |     |    |     |
|---|----|-----|----|-----|
| 1a. Кто-то вводил свои половые органы в Ваше тело без Вашего согласия?                    | Да | Нет | Да | Нет |
| 1b. Угрожал ли кто-нибудь заняться с вами сексом, когда вы этого не хотели?               | Да | Нет | Да | Нет |
| 1c. Кто-нибудь прикасался к вашим половым органам, когда вы этого не хотели?              | Да | Нет | Да | Нет |
| 1d. Вас когда-нибудь заставляли прикасаться к своим гениталиям, когда вы этого не хотели? | Да | Нет | Да | Нет |
| 1e. Вас кто-нибудь принуждал к сексу, когда вы этого не хотели?                           | Да | Нет | Да | Нет |
| 1f. Был ли у вас какой-либо другой нежелательный сексуальный опыт, не упомянутый выше?    | Да | Нет | Да | Нет |
- Если да, укажите \_\_\_\_\_

2. Когда вы были ребенком (младше 13) старшие делали следующие вещи?

a. Били, пинали?	Никогда	Редко	Периодически	Часто
b. Всерьез угрожали жизни?	Никогда	Редко	Периодически	Часто

3. Во взрослом возрасте (14 и старше), кто-либо из других взрослых делал следующие вещи?

a. Били, пинали?	Никогда	Редко	Периодически	Часто
b. Всерьез угрожали жизни?	Никогда	Редко	Периодически	Часто

Leserman, J, Drossman D, Li Z. The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders. Behavioral Medicine 1995;21:141-148.



### Опросник McGill

Слова ниже описывают боль. Поставьте знак (✓) в колонке, отражающей уровень того типа боли, которую Вы испытываете. Указывайте только боль в области таза.

Как Вы ощущаете боль?

Тип	Нет (0)	Слабая (1)	Умеренная (2)	Сильная (3)
Пульсирующая	_____	_____	_____	_____
Стреляющая	_____	_____	_____	_____
Режущая	_____	_____	_____	_____
Острая	_____	_____	_____	_____
Схваткообразная	_____	_____	_____	_____
Разъедающая	_____	_____	_____	_____
Обжигающая	_____	_____	_____	_____
Ноющая	_____	_____	_____	_____
Давящая	_____	_____	_____	_____
Болезненность	_____	_____	_____	_____
Раскалывающая	_____	_____	_____	_____
Изнурительная	_____	_____	_____	_____
Тошнотворная	_____	_____	_____	_____
Пугающая	_____	_____	_____	_____
Наказывающая	_____	_____	_____	_____

Melzak R. The Short-form McGill Pain Questionnaire. Pain 1987;30:191-197.

### Болевой синдром при варикозном расширении вен, вопросы

Ваша боль усиливается после продолжительной физической активности? Да Нет

Боль в тазу уменьшается в положении лежа? Да Нет

Во время секса бывает боль глубоко во влагалище или в тазу? Да Нет

Бывают после секса пульсирующие или ноющие боли? Да Нет

Ваша тазовая боль смещается из стороны в сторону? Да Нет

Бывают внезапные эпизоды сильной боли в тазу, которые появляются и исчезают? Да Нет

## Результаты осмотра – Заполняется врачом

ФИО: \_\_\_\_\_ Номер карты: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_ Рост: \_\_\_\_\_ Вес: \_\_\_\_\_ ИМТ: \_\_\_\_\_

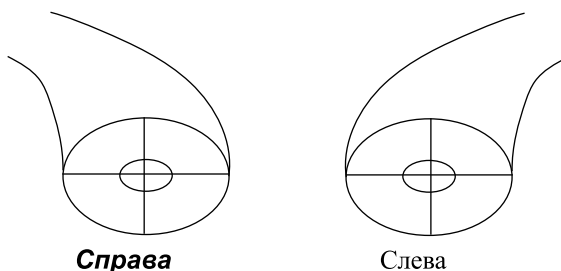
АД: \_\_\_\_\_ ЧСС: \_\_\_\_\_ t: \_\_\_\_\_ ЧДД: \_\_\_\_\_ П/м: \_\_\_\_\_

**С анамнезом ознакомлен:** Да/Нет \_\_\_\_\_ Подпись врача: \_\_\_\_\_

Внешний вид:	Без особенностей	Выглядит больным	Готовность расплакаться	В депрессии
	Обычное телосложение	Дефицит массы тела	Повышенного питания	Ожирение

### **NB: отметьте н/о, если не осмотрены**

<b>Голова, уши, нос, горло</b> б/о	<b>Легкие</b> б/о	<b>Сердце</b> б/о	<b>Молочные железы</b> б/о
Другое _____	Другое _____	Другое _____	Другое _____



### **Живот**

Безболезненный	Болезненный	Разрезы	Триггерные точки
Болезненность в паху	Паховая грыжа	Болезненность над лобком	Болезненность в проекции яичников
Новообразование	Рефлекторное напряжение	С-н раздражения брюшины	Вздутие
Другое _____			



### **Спина**

Безболезненная	Болезненная	При перемене положения тела	Движения в суставах _____
----------------	-------------	-----------------------------	---------------------------

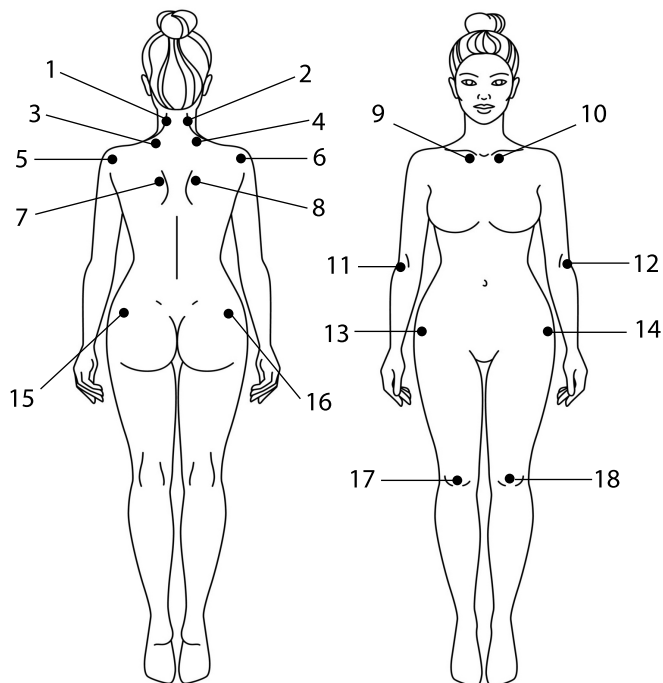
### **Нижние конечности**

Без особенностей	Отеки	Варикоз	Нейропатия	Несоответствие длины _____
------------------	-------	---------	------------	----------------------------

### **Нейропатия**

Подвздошно-гипогастральная	Подвздошно-паховая	Генито-феморальная	Пудендальная	Нарушения чувствительности
----------------------------	--------------------	--------------------	--------------	----------------------------

**Фибромиалгия / Спина / Ягодичная область**



Слева

Справа

Справа

Слева

**Наружные половые органы**

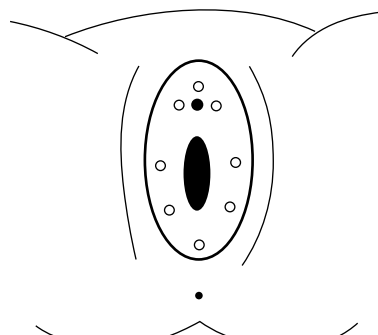
Без патологии

Гиперемия

Выделения

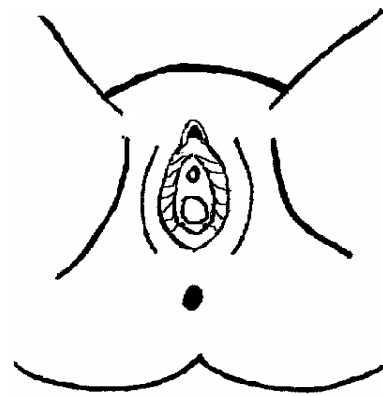
Q-tip тест (нарисовать)

Болезненность (нарисовать)



Справа

Слева



Справа

Слева

**Q-tip Test** ( оценка в каждой точке 0-4 балла) Общая сумма \_\_\_\_\_

**Другие находки** \_\_\_\_\_

**Влагалище**

Без патологии

Результаты мазка:

Локальная болезненность

Слизистая

Выделения

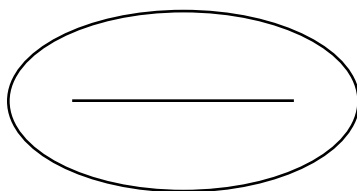
Возбудители: ГН

Chlamydia

Candida

Герпес

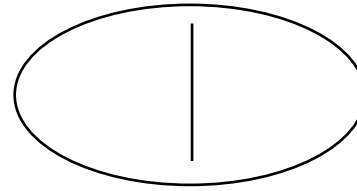
Болезненность культи влагалища (после гистерэктомии – указать на рисунке)



Справа

Слева

**Поперечный шов влагалища**



**Вертикальный шов влагалища**

**Ручное исследование**

Без патологии	Шейка матки
Интроитус	Движения за шейку
Маточно-шеечный угол	Параметрий
Уретра	Культя влагалища после гистерэктомии
Мочевой пузырь	Задний свод
Правый мочеточник	Левый мочеточник
Паховая область справа	L inguinal
Восприятие (осознание) мышц	Болезненность клитора

**Степень болезненность мышц при пальпации по шкале от 0 до 4**

Справа запирательная _____	Слева запирательная _____
Справа грушевидная _____	Слева грушевидная _____
Справа лобково-копчиковая _____	Слева лобково-копчиковая _____
Сумма баллов _____	Анальный сфинктер _____

**Бимануальное исследование**

Матка:	Болезненная	Безболезненная	Отсутствует
Отклонена:	Кпереди	Кзади	Срединное положение
Размер:	Обычная	Другое _____	
Поверхность:	Гладкая	Бугристая	Другое _____
Консистенция:	Обычная	Мягкая	Плотная
Подвижность:	Подвижная	Гипермобильная	Фиксирована
Положение:	Правильное	Пролапс	

**Придатки**

Справа:	Слева:
Удалены	Удалены
Без особенностей	Без особенностей
Болезненные	Болезненные
Фиксированы	Фиксированы
Увеличены _____ см	Увеличены _____ см

**Ректовагинальное исследование**

Без особенностей	Узлы	Примесь крови
Болезненность	Изменения слизистой	Не проводилось

**Закключение:** \_\_\_\_\_

---



---



---

**План обследования:** \_\_\_\_\_

---



---

**План лечения:** \_\_\_\_\_

---



---

# Анкета оценки тазовой боли

Врач: \_\_\_\_\_

Первичный сбор анамнеза и физикальный осмотр

Дата: \_\_\_\_\_

Анкета помогает врачу в первичной оценке состояния пациента и не может быть использована для самостоятельной диагностики

## Контактная информация

ФИО: \_\_\_\_\_ Дата рождения: \_\_\_\_\_ Номер карты: \_\_\_\_\_  
Телефон: рабочий: \_\_\_\_\_ Домашний: \_\_\_\_\_ Сотовый: \_\_\_\_\_  
Кто направил: \_\_\_\_\_

## Информация о Вашей боли

Пожалуйста, опишите Вашу проблему (если нужно, используйте дополнительный лист бумаги) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Что по Вашему мнению является причиной боли? \_\_\_\_\_

Есть ли событие, которое связано с началом боли? \_\_\_\_\_ Да Нет Если Да, то что? \_\_\_\_\_

Как долго Вы испытываете боль? \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ месяцев

Для каждого симптома, из списка укажите Ваш уровень боли за последний месяц, используя 10 бальную шкалу:

0 — нет боли 10 — самая интенсивная боль, которую можно представить

Как Вы оцениваете боль?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Боль во время овуляции	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Боли накануне менструации	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Боли (не спазмы) перед менструацией	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Боль в животе во время полового акта	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Боль в паху при поднимании ноги	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Боли в дни/часы после полового акта	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Боли при наполненном мочевом пузыре	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мышечные/суставные боли	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Схваткообразные боли при менструации	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Боль после менструации заканчивается	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Жгучие боли во влагалище после секса	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Боль во время мочеиспускания	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Боли в спине	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Мигренозные боли	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Боли в положении сидя	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Комментарий направляющего врача

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Информация о Вашей боли

Какие виды лечения / методики Вы использовали в прошлом для лечения Вашей боли? К какому врачу обращались?

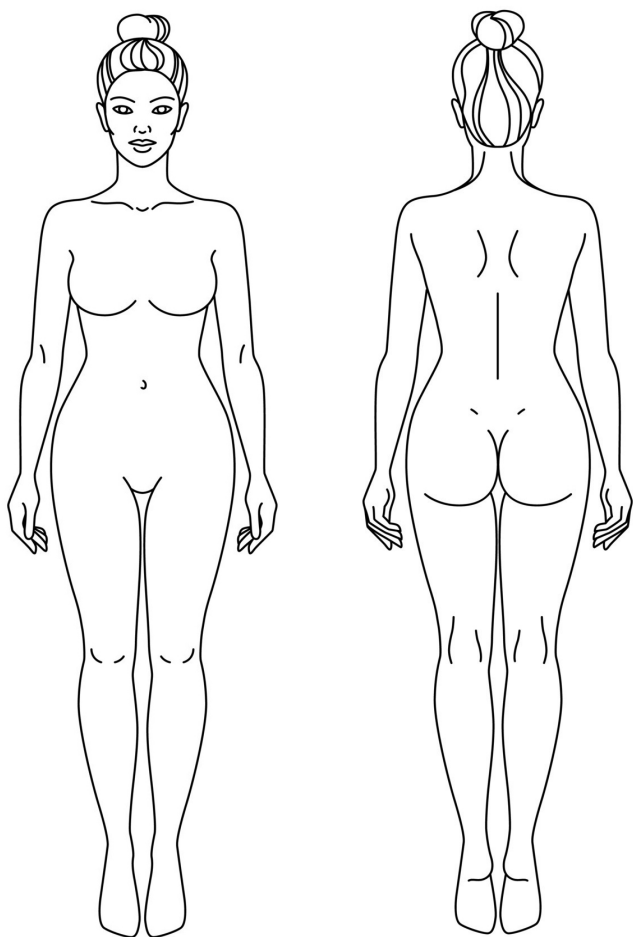
Акупунктура  
Анестезиолог  
Противосудорожные  
Антидепрессанты  
БОС-терапия  
Инъекции ботокса  
КОК  
Даназол  
Депо-провера  
Гастроэнтеролог  
Гинеколог

Терапевт  
Фитотерапия  
Гомеопатия  
Бусерелин, Золадекс  
Массаж  
Медитация  
Наркотические препараты  
Натуропатия  
Блокады нервов  
Нейрохирургия  
Самолечение

Нутрициология/соблюдение диеты  
Лечебная физкультура  
Психотерапия  
Психиатр  
Ревматология  
Магнитотерапия  
Хирургическое лечение  
Чрескожная нейростимуляция  
Инъекции в триггерные точки  
Уролог  
Другое \_\_\_\_\_

### Карта боли

Зарисуйте болевые области и напишите цифру, соответствующую уровню боли по шкале от 1 до 10 (где 10 самая интенсивная боль, которую можно представить)



Слева

Справа

Справа

Слева

**Боль в области вульвы/промежности  
(боли снаружи и вокруг влагалища / ануса)**

Зарисуйте болевые области в области промежности и напишите цифру, соответствующую уровню боли по шкале от 1 до 10 (где 10 самая интенсивная боль, которую можно представить)  
Ваша боль уменьшается при сидении на унитазе?

Да

Нет

Справа

Слева

