

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?

Хирургический анамнез

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

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	Методы:	Препараты	Госпитализация	Психотерапия
Лечили когда-либо депрессию?	Да	Нет				
Метод контрацепции:	Ничего	КОК	Вазэктомия	Влагалищное кольцо	Депо провера	
	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: Скудные 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- раза 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 Кокайн Другое _____
Какого типа питания придерживаетесь? Сбалансированное Веган Вегетарианство Много жареного
Специальный тип питания _____ Другое _____

Способы преодоления

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

Супруг / Партнер
Врач / Медсестра

Родственник
Друг/Подруга

Группа поддержки
Психотерапевт

Священник
Справляюсь сам

Как Ваш партнер справляется с Вашей болью?

Не замечает, когда мне больно
Уходит
Пытается отвлечь

Заботится обо мне
Чувствует беспомощность
Злится

Что облегчает боль?

Медитация
Массаж
Обезболивающие
Опорожнение кишечника
Другое _____

Релаксация

Холод

Слабительные/клизма

Мочеиспускание

Прилечь

Согревающий компресс

Горячая ванна

Музыка

Нейростимуляция

Что может усилить боль?

Половой акт
Опорожнение кишечника
Ходьба
Прикосновение одежды
Другое _____

Оргазм

Полный мочевой

Тренировка

Кашель/Чихание

Стресс

Мочеиспускание

Время суток

Не связано ни с чем

Переедание

Стоя

Погода

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 оскорблений и унижения?

Да Нет Затрудняюсь

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

Выберете оба варианта для детства и взрослого состояния

- 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	_____	_____	_____	_____
Изнуриительная	_____	_____	_____	_____
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

Обычное телосложение

Выглядит больным

Дефицит массы тела

Готовность расплакаться

В депрессии

Повышенного питания

Ожирение

NB: отметьте н/о, если не осмотрены

Голова, уши, нос, горло б/о **Легкие** б/о

Другое _____

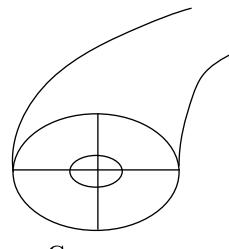
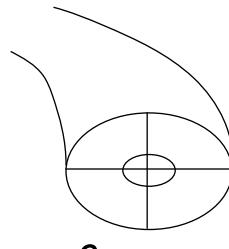
Другое _____

Сердце б/о

Другое _____

Молочные железы б/о

Другое _____



Живот

Безболезненный

Болезненный

Разрезы

Триггерные точки

Болезненность в паху Паховая грыжа

Болезненность над лобком

Болезненность в проекции яичников

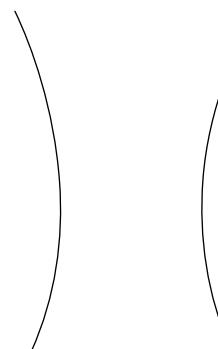
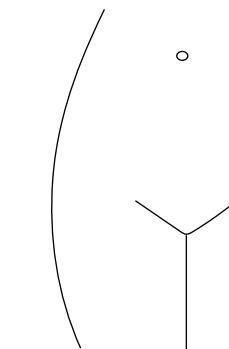
Новообразование

Рефлекторное напряжение

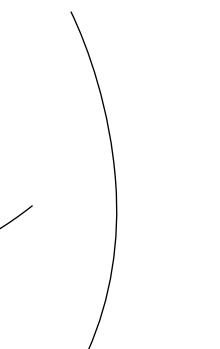
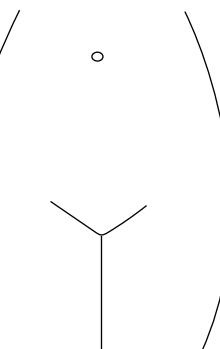
С-н раздражения брюшины

Вздутие

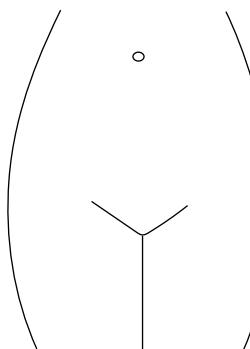
Другое _____



Триггерные точки



Шрамы



Другие находки



Спина

Безболезненная

Болезненная

При перемене положения тела

Движения в суставах _____

Нижние конечности

Без особенностей

Отеки

Варикоз

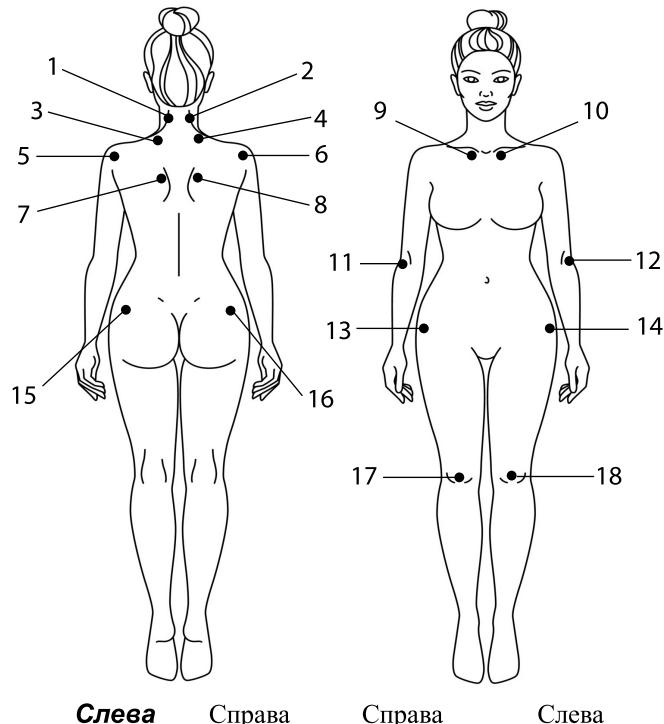
Нейропатия

Несоответствие длины _____

Нейропатия

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

Фибромиалгия / Спина / Ягодичная область



Наружные половые органы

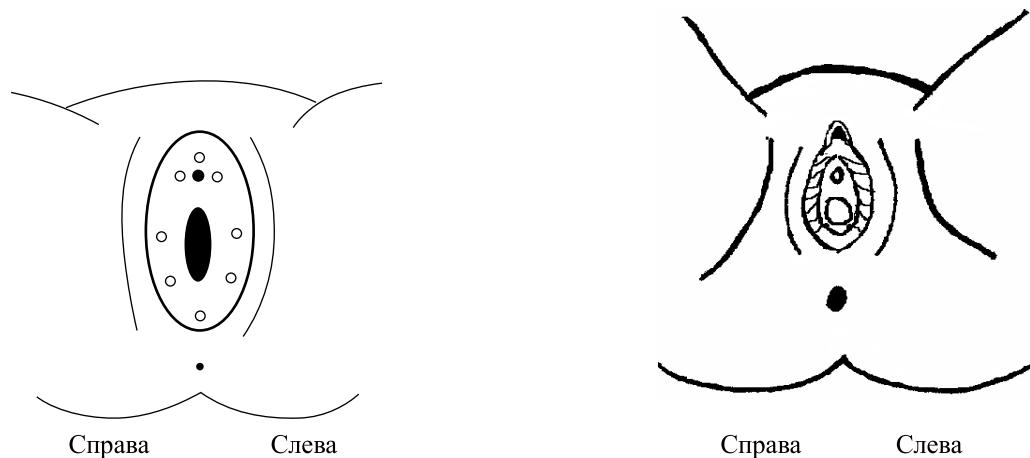
Без патологии

Гиперемия

Выделения

Q-tip тест (нарисовать)

Болезненность (нарисовать)



Q-tip Test (оценка в каждой точке 0-4 балла) Общая сумма _____

Другие находки _____

Влагалище

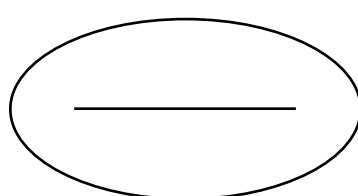
Без патологии

Результаты мазка:

Локальная болезненность _____ Слизистая _____ Выделения _____

Возбудители: ГН Chlamydia Candida Герпес

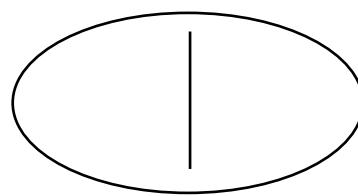
Болезненность культи влагалища (после гистерэктомии – указать на рисунке)



Справа

Слева

Поперечный шов влагалища



Вертикальный шов влагалища

Ручное исследование

Без патологии	Шейка матки
Интроитус	Движения за шейку
Маточно-шеечный угол	Параметрий
Уретра	Культия 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

Заключение: _____

План обследования: _____

План лечения: _____

Анкета оценки тазовой боли

Врач: _____

Первичный сбор анамнеза и физикальный осмотр

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	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Боли накануне менструации	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Боли (не спазмы) перед менструацией	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Боль в животе во время полового акта	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Боль в паху при поднимании ноги	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Боли в дни/часы после полового акта	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Боли при наполненном мочевом пузыре	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Мышечные/суставные боли	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Схваткообразные боли при менструации	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Боль после менструации заканчивается	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Жгучие боли во влагалище после секса	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Боль во время мочеиспускания	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Боли в спине	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Мигренозные боли	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
Боли в положении сидя	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Комментарий направляющего врача

Информация о Вашей боли

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

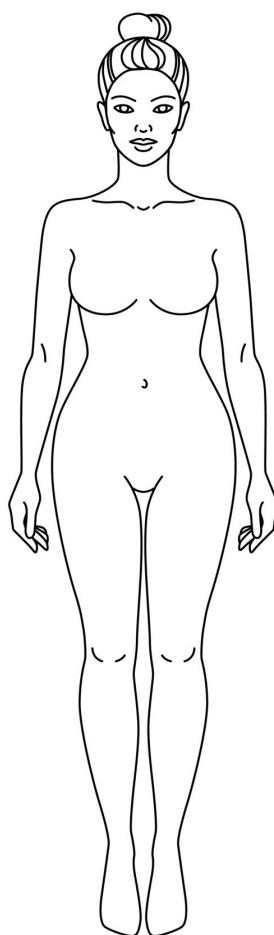
Акупунктура
Анестезиолог
Противосудорожные
Антидепрессанты
БОС-терапия
Инъекции ботокса
КОК
Даназол
Депо-прровера
Гастроэнтеролог
Гинеколог

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 _____

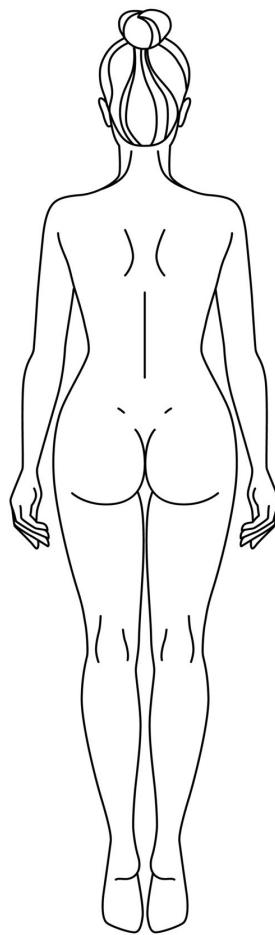
Карта боли

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

