

Acute Cystitis Symptom Score (ACSS) – Part A

Ocena objawów zapalenia pęcherza moczowego - Ankieta

Część A - Pierwsza wizyta (diagnostyka)			Data oceny: / / (dd/mm/rrrr)			
Proszę wskazać, czy w ciągu ostatnich 24 godzin wystąpiły u Pani następujące objawy i określić ich nasilenie: (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź dla każdego objawu)						
			0	1	2	3
Objawy typowe	1	Częste oddawanie niewielkich ilości moczu (częste wizyty w toalecie)	☐ Nie	☐ Tak, trochę częściej niż zwykle	☐ Tak, znacznie częściej niż zwykle	☐ Tak, bardzo często
			4 razy dziennie lub mniej	5-6 razy dziennie	7-8 razy dziennie	9-10 razy dziennie
	2	Parcie nagłące (silna i niekontrolowana potrzeba oddania moczu)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	3	Ból lub pieczenie podczas oddawania moczu	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	4	Wrażenie, że pęcherz nie został w pełni opróżniony po oddaniu moczu	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	5	Ból lub dyskomfort w podbrzuszu (w okolicy nadłonowej)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	6	Krew (widoczna) w moczu (brak menstruacji)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
			Suma odpowiedzi „Typowe”: punkty			
Objawy różnicowe	7	Ból w łędźwiach (najczęściej – jednostronny)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	8	Nieprawidłowa wydzielina z pochwy (ilość, kolor, zapach)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	9	Nieprawidłowa wydzielina z ujścia cewki moczowej (bez oddawania moczu)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	10	Podwyższona temperatura ciała (powyżej 37,5°C)/dreszcze	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
		Proszę wpisać, jeśli temperatura została zmierzona: Nie ☐ Tak ☐	≤37.5° C	37.6-37.9° C	38.0-38.9° C	≥39.0° C
			Suma odpowiedzi „Różnicowe”: punkty			
Jakość życia	11	Proszę ocenić, jak silnego dyskomfortu doświadczyła Pani z powodu powyższych objawów w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):				
		☐ 0. Nie odczuwałam dyskomfortu (Brak objawów. Czułam się tak dobrze jak zwykle)				
		☐ 1. Odczuwałam lekki dyskomfort (Czułam się nieco gorzej niż zwykle)				
		☐ 2. Odczuwałam znaczny dyskomfort (Czułam się dużo gorzej niż zwykle)				
		☐ 3. Odczuwałam bardzo silny dyskomfort (Czułam się okropnie)				
	12	Proszę wskazać, jak powyższe objawy przeszkadzały Pani w codziennych czynnościach/w pracy w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):				
		☐ 0. Zupełnie nie miały wpływu (Pracowałam tak jak zwykle w dniu pracy, bez utrudnień)				
		☐ 1. Miały łagodny wpływ (Objawy sprawiły, że pracowałam mniej)				
		☐ 2. Miały umiarkowany wpływ (Zwykle codzienne czynności wymagały znacznego wysiłku)				
		☐ 3. Miały bardzo duży wpływ (Prawie nie byłam w stanie pracować)				
	13	Proszę wskazać, jak powyższe objawy przeszkadzały Pani w życiu towarzyskim (odwiedzina u przyjaciół, wyjściach do restauracji, itp.) w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):				
		☐ 0. Zupełnie nie miały wpływu (Nie miały wpływu na wykonywane przeze mnie czynności. Życie codzienne toczyło się tak jak zwykle)				
		☐ 1. Miały łagodny wpływ (Mniej czynności niż zwykle)				
	☐ 2. Miały istotny wpływ (Musiałam spędzać dużo czasu w domu)					
	☐ 3. Miały bardzo duży wpływ (Prawie nie mogłam wyjść z domu)					
			Suma punktów „Jakość życia”: punkty			
Dodatkowe	14	Proszę wskazać, czy w chwili wypełniania kwestionariusza ma Pani cokolwiek z poniższej listy:				
		1. Miesiączkę?	☐ Nie	☐ Tak		
		2. Zespół napięcia przedmiesiączkowego (ZNP)?*	☐ Nie	☐ Tak		
		3. Objawy menopauzy?*	☐ Nie	☐ Tak		
		4. Ciążę?	☐ Nie	☐ Tak		
		5. Zdiagnozowaną cukrzycę?	☐ Nie	☐ Tak		

*Objawy ZNP: np. zmęczenie, drażliwość, zmienność nastroju, wzdęcia i bolesność brzucha, tkliwość i bolesność piersi, problemy skórne, nadmierny apetyt, bóle głowy, wymioty.
 ** Objawy menopauzy: np. uderzenia gorąca, nocne poty, bezsenność, zimne dreszcze, kołatanie serca, zawroty i bóle głowy, drętwienie kończyn, suchość pochwy, problemy z pamięcią, depresja, drażliwość, dysfunkcje seksualne, w tym obniżenie popędu seksualnego

Polish Acute Cystitis Symptom Score (ACSS) – Part B

Ocena objawów zapalenia pęcherza moczowego - Ankieta

Część B - Wizyta kontrolna (wynik)			Data oceny: / /		(dd/mm/rrrr)	
Proszę wskazać, czy wystąpiły u Pani zmiany objawów (dolegliwości) od chwili wypełnienia przez Panią na pierwszej wizycie (wyjściowej) części niniejszego kwestionariusza? (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):						
Dynamika	☐	0: Tak, czuję się tak dobrze jak zwykle. Wszystkie objawy (dolegliwości) ustąpiły				
	☐	1: Tak, czuję się dużo lepiej. Większość objawów (dolegliwości) ustąpiła				
	☐	2: Tak, czuję się trochę lepiej. Większość objawów (dolegliwości) wciąż się utrzymuje				
	☐	3: Bez zmian, czuję się tak samo. Wszystkie objawy (dolegliwości) wciąż się utrzymują				
	☐	4: Tak, czuję się gorzej. Mój stan się pogorszył				
Proszę wskazać, czy w ciągu ostatnich 24 godzin wystąpiły u Pani następujące objawy i określić ich nasilenie: (Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź dla każdego objawu)						
			0	1	2	3
Objawy typowe	1	Częste oddawanie niewielkich ilości moczu (częste wizyty w toalecie)	☐ Nie 4 razy dziennie lub mniej	☐ Tak, trochę częściej niż zwykle 5-6 razy dziennie	☐ Tak, znacznie częściej niż zwykle 7-8 razy dziennie	☐ Tak, bardzo często 9-10 razy dziennie
	2	Parcie nagłące (silna i niekontrolowana potrzeba oddania moczu)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	3	Ból lub pieczenie podczas oddawania moczu	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	4	Wrażenie, że pęcherz nie został w pełni opróżniony po oddaniu moczu	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	5	Ból lub dyskomfort w podbrzuszu (w okolicy nadłonowej)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	6	Krew (widoczna) w moczu (brak menstruacji)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
			Suma odpowiedzi „Typowe”: punkty			
Objawy różnicowe	7	Ból w łędźwiach (najczęściej – jednostronny)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	8	Nieprawidłowa wydzielina z pochwy (ilość, kolor, zapach)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	9	Nieprawidłowa wydzielina z ujścia cewki moczowej (bez oddawania moczu)	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
	10	Podwyższona temperatura ciała (powyżej 37,5°C)/dreszcze	☐ Nie	☐ Tak, łagodne	☐ Tak, umiarkowane	☐ Tak, nasilone
		Proszę wpisać, jeśli temperatura została zmierzona: Nie ☐ Tak ☐	≤37.5° C	37.6-37.9° C	38.0-38.9° C	≥39.0° C
			Suma odpowiedzi „Różnicowe”: punkty			
Jakość życia	11	Proszę ocenić, jak silnego dyskomfortu doświadczyła Pani z powodu powyższych objawów w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):				
		☐ 0. Nie odczuwałam dyskomfortu (Brak objawów. Czułam się tak dobrze jak zwykle)				
		☐ 1. Odczuwałam lekki dyskomfort (Czułam się nieco gorzej niż zwykle)				
		☐ 2. Odczuwałam znaczny dyskomfort (Czułam się dużo gorzej niż zwykle)				
		☐ 3. Odczuwałam bardzo silny dyskomfort (Czułam się okropnie)				
	12	Proszę wskazać, jak powyższe objawy przeszkadzały Pani w codziennych czynnościach/w pracy w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):				
		☐ 0. Zupełnie nie miały wpływu (Pracowałam tak jak zwykle w dniu pracy, bez utrudnień)				
		☐ 1. Miały łagodny wpływ (Objawy sprawiły, że pracowałam mniej)				
		☐ 2. Miały umiarkowany wpływ (Zwykle codzienne czynności wymagały znacznego wysiłku)				
		☐ 3. Miały bardzo duży wpływ (Prawie nie byłam w stanie pracować)				
	13	Proszę wskazać, jak powyższe objawy przeszkadzały Pani w życiu towarzyskim (odwiedzina u przyjaciół, wyjściach do restauracji, itp.) w ciągu ostatnich 24 godzin (Proszę zaznaczyć jedną, najtrafniejszą odpowiedź):				
		☐ 0. Zupełnie nie miały wpływu (Nie miały wpływu na wykonywane przeze mnie czynności. Życie codzienne toczyło się tak jak zwykle)				
		☐ 1. Miały łagodny wpływ (Mniej czynności niż zwykle)				
	☐ 2. Miały istotny wpływ (Musiłam spędzać dużo czasu w domu)					
	☐ 3. Miały bardzo duży wpływ (Prawie nie mogłam wyjść z domu)					
			Suma punktów „Jakość życia”: punkty			
Dodatkowe	14	Proszę wskazać, czy w chwili wypełniania kwestionariusza ma Pani cokolwiek z poniższej listy:				
		1. Miesiączkę?	☐ Nie	☐ Tak		
		2. Zespół napięcia przedmiesiączkowego (ZNP)?*	☐ Nie	☐ Tak		
		3. Objawy menopauzy?**	☐ Nie	☐ Tak		
		4. Ciążę?	☐ Nie	☐ Tak		
		5. Zdiagnozowaną cukrzycę?	☐ Nie	☐ Tak		

*Objawy ZNP: np. zmęczenie, drażliwość, zmienność nastroju, wzdęcia i bolesność brzucha, tkliwość i bolesność piersi, problemy skórne, nadmierny apetyt, bóle głowy, wymioty.
 ** Objawy menopauzy: np. uderzenia gorąca, nocne poty, bezsenność, zimne dreszcze, kołatanie serca, zawroty i bóle głowy, drętwienie kończyn, suchość pochwy, problemy z pamięcią, depresja, drażliwość, dysfunkcje seksualne, w tym obniżenie popędu seksualnego.