

.....
(pieczęćka firmowa świadczeniodawcy)

ANKIETA DLA MĘŻCZYZN OBJĘTYCH PROGRAMEM PROFILAKTYKI NOWOTWORÓW PROSTATY

1. Nazwisko: 2. Imię:

3. PESEL:

4. Adres zamieszkania: ul. nr..... m.

nr tel. (domowy lub kontaktowy).....

Karta punktowej oceny objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego i jakości życia

	Nigdy	Mniej niż 1 raz na pięć razy	Mniej niż połowę razy	Okolo połowę razy	Ponad połowę razy	Prawie zawsze	
1. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca miał Pan poczucie niecałkowitego opróżnienia pęcherza po oddaniu moczu?							
2. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca musiał Pan oddawać mocz ponownie w czasie krótszym niż 2 godziny po poprzednim oddaniu?							
3. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca zaobserwował Pan przerywany strumień moczu ("zacinanie się")?							
4. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca miał Pan uczucie nagłej konieczności oddania moczu?							
5. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca obserwował Pan słaby strumień moczu?							
6. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca musiał Pan wysilać się (przeć), aby rozpocząć oddawanie moczu?							
	wcale	1 raz	2 razy	3 razy	4 razy	5 razy lub więcej	
7. Podczas ostatniego miesiąca ile razy w ciągu nocy (średnio) musiał Pan wstawać, aby oddać mocz?							
Suma punktów I-PSS S=							
	Świetnie	Dobrze	Raczej dobrze	Średnio	Raczej źle	Źle	Bardzo źle
8. Jak by się Pan czuł, gdyby dolegliwości ze strony układu moczowego utrzymywały się w dalszym ciągu na obecnym poziomie?							

Punktacja jakości życia L=

Od jak dawna zauważył Pan dolegliwości związane z oddawaniem moczu?

Czy był już Pan leczony z tego powodu?

Jakie leki stosował Pan w leczeniu tych dolegliwości?

Na jakie choroby przewlekłe Pan choruje?

Jakie leki stosuje Pan na stałe?

Czy przebył Pan zabiegi operacyjne na jamie brzusznej? Jeśli tak, to jakie i kiedy?

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez świadczeniodawcę moich danych osobowych na potrzeby związane z realizacją programu profilaktyki nowotworów prostaty i rozliczeniem programu w ramach umowy zawartej z Urzędem Miasta Płocka .

Podpis pacjenta :

Płock, dnia r.

.....
(podpis i pieczęć lekarza)