

SCREENING W KIERUNKU ENDOMETRIOZY
OPRACOWANY PRZEZ SEKCJĘ ENDOMETRIOZY PTG

Imię i nazwisko pacjentki: _____ **Data wizyty:** _____

I etap. Wywiad

Data wystąpienia objawów: _____

Nasilenie*

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|--|
| → bolesne i/lub obfite miesiączki | ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| → dyspareunia (bolesne stosunki) | ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| → dyzuria (bolesna mikcja) | ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| → dyschezja (bolesna defekacja) | ☐ | ☐ ☐ ☐ |

Trwające co najmniej 6 miesięcy, niezależnie od fazy cyklu miesięczkowego:

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--|
| → ból w okolicy krzyżowej | ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| → dyskomfort/pobolewania brzucha | ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| → wzdęcia | ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| → biegunki | ☐ | ☐ ☐ ☐ |
| → ból brzucha | ☐ | ☐ ☐ ☐ |

Cyklicznie nawracające:

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--|
| → naprzemienne biegunki/zaparcia | ☐ | (okołomiesiączkowo) | ☐ ☐ ☐ |
| → incydenty parć na mocz/częstomocz | ☐ | | ☐ ☐ ☐ |
| → ból o charakterze rwy kulszowej | ☐ | | ☐ ☐ ☐ |
| → krwawienia zastępcze | ☐ | (odbytnica, cewka moczowa) | ☐ ☐ ☐ |

 * ☐ ☐ ☐

— słabe

☐ ☒ ☐

— średnie

☐ ☒ ☒

— duże

Jeżeli suma zaznaczonych kwadratów w kolumnie „Nasilenie” wynosi ≥ 19 , zaleca się skierowanie pacjentki na dalsze konsultacje pod kątem endometriozy do lekarza ginekologa
Skierowanie pacjentki na konsultacje pod kątem endometriozy do lekarza ginekologa:
☐ **TAK**
☐ **NIE**
Załącznik 2. Scenariusz wywiadu w kierunku endometriozy – wersja skrócona