

ANKIETA A. Proszę dodatkowo o odpowiedź na poniższe pytania, jeśli w pytaniu 4 zaznaczono utrzymywanie się bólu.

1. Czy ból okolicy pachwiny jest problemem podczas wykonywania następujących czynności?					2. Proszę wybrać tylko jedno określenie najlepiej charakteryzujące odczuwany ból <i>Opis czuciowy: delikatny / strzelający / przeszywający / ściskający / ostry / tnący / kłujący / ciągnący / świdrujący / gorący, palący / tępy / promieniujący / gniotący / inny</i>				
	nie dotyczy	tak	nie	nie wiem	Proszę wybrać tylko jedno określenie najlepiej charakteryzujące odczuwany ból <i>Opis emocjonalny: denerwujący / męczący, wyczerpujący / przyprawiający o mdłości / przerażający / „piekielny” / inny</i>				
1. Codzienna praca					3. Jak często pojawia się ból? <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> okazjonalnie <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> bardzo często				
2. Codzienne zwykłe aktywności rozrywkowe					4. Proszę określić nasilenie bólu w spoczynku? <input type="checkbox"/> słaby <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> silny				
3. Wstawanie z niskiego krzesła					5. Proszę określić nasilenie bólu podczas aktywności ruchowej? <input type="checkbox"/> słaby <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> silny				
4. Siedzenie > 30 min					6. Czy odczuwany po operacji ból jest silniejszy niż przed operacją? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
5. Stanie > 30 min									
6. Chodzenie po schodach									
7. Robienie zakupów									
8. Prowadzenie samochodu									
9. Przejazd autobusem lub tramwajem									
10. Uprawianie lekkich ćwiczeń sportowych									
11. Nie umiem określić, jakie czynności mi utrudnia									

ANKIETA B. Proszę dodatkowo o odpowiedź na poniższe pytania, jeśli w pytaniu 1 wybrano odpowiedź NIE.

1. Czy następujące sytuacje utrudniają codzienne funkcjonowanie (stanowią bariery w powrocie do normalnego, codziennego funkcjonowania)?					2. Czy występują inne, niewymienione obok sytuacji, powodujące u Pana/Pani lęk lub obawę w okresie pooperacyjnym? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie				
	nie dotyczy	tak	nie	nie wiem					
1. Nie mogę skupić się na wykonywanych czynnościach									
2. Odczuwam bóle lub zawroty głowy									
3. Odczuwam bóle pleców									
4. Odczuwam lęk przed normalną aktywnością									
5. Obawiam się nawrotu przepukliny									
6. Nie mogę prowadzić samochodu									
7. Obawiam się uprawiania sportu									
8. Czuję lęk przed podjęciem aktywności seksualnej									
9. Obawiam się pracy fizycznej									
10. Obawiam się o gojenie rany, co utrudnia mi codzienną toaletę									
11. Obawiam się o gojenie rany, co utrudnia mi dobór odzieży									