

Proszę o udzielenie odpowiedzi na zamieszczone poniżej pytania (*szare pola wypełnia tylko lekarz*).

DANE OSOBOWE CHOREGO

Imię i nazwisko	PESEL	Data wizyty kontrolnej
-----------------	-------	------------------------

<p>1. Przebieg gojenia rany</p> <p><input type="checkbox"/> prawidłowy <input type="checkbox"/> nieprawidłowy</p> <p><i>Jeśli NIEPRAWIDŁOWY, to proszę zaznaczyć właściwe:</i></p> <p><input type="checkbox"/> krwiak w pachwinie</p> <p><input type="checkbox"/> obrzęk powrózka nasiennego</p> <p><input type="checkbox"/> obrzęk moszny</p> <p><input type="checkbox"/> obrzęk jądra</p> <p><input type="checkbox"/> infekcja rany</p> <p><input type="checkbox"/> zakażenie siatki</p> <p style="padding-left: 40px;">Czy usunięto siatkę? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> surowiczak</p> <p style="padding-left: 40px;">Czy stosowano nakłucie? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> krwiak moszny</p> <p style="padding-left: 40px;">Czy stosowano nakłucie? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>	
<p>2. Proszę ocenić efekt kosmetyczny?</p> <p><input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zły</p>	<p>3. Proszę ocenić nasilenie bólu odczuwanego podczas codziennej aktywności</p> <p>(brak bólu) ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → (ból maksymalny)</p>
<p>4. Proszę wybrać opis najlepiej charakteryzujący obecne dolegliwości bólowe</p> <p><input type="checkbox"/> brak bólu</p> <p><input type="checkbox"/> łagodny ból (<i>okresowo, nie przeszkadza w codziennym funkcjonowaniu</i>) <i>Jeśli TAK, proszę wypełnić dodatkowo ANKIETĘ A</i></p> <p><input type="checkbox"/> umiarkowany ból (<i>przeszkadza w określonych sytuacjach, np. bieganie</i>) <i>Jeśli TAK, proszę wypełnić dodatkowo ANKIETĘ A</i></p> <p><input type="checkbox"/> silny ból (<i>przeszkadza w codziennym życiu</i>) <i>Jeśli TAK, proszę wypełnić dodatkowo ANKIETĘ A</i></p>	
<p>5. Czy są stosowane jeszcze leki przeciwbólowe?</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>	<p>6. Proszę zaznaczyć odczuwane dodatkowo dolegliwości?</p> <p><input type="checkbox"/> brak dolegliwości <input type="checkbox"/> odczucie ciała obcego</p> <p><input type="checkbox"/> przeczulica okolicy rany <input type="checkbox"/> niedoczulica okolicy rany</p>
<p>7. Czy nastąpił powrót do codziennej aktywności?</p> <p><input type="checkbox"/> tak <i>Jeśli TAK, to w której dobie?</i></p> <p><input type="checkbox"/> nie <i>Jeśli NIE, proszę wypełnić dodatkowo ANKIETĘ B</i></p>	<p>8. Efekt zabiegu oceniony przez Pacjenta/Pacjentkę?</p> <p><input type="checkbox"/> bardzo dobry <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zadowalający <input type="checkbox"/> zły</p>
<p>9. Efekt kosmetyczny oceniony przez Pacjenta/Pacjentkę?</p> <p><input type="checkbox"/> bardzo dobry <input type="checkbox"/> dobry <input type="checkbox"/> zadowalający <input type="checkbox"/> zły</p>	<p>10. W opinii Pacjenta/Pacjentkę zabieg został wykonany:</p> <p><input type="checkbox"/> zbyt wczesnie <input type="checkbox"/> w odpowiednim czasie <input type="checkbox"/> zbyt późno</p>
<p>11. Inne uwagi</p> <p>.....</p>	

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?		nie dotyczy	tak	nie	nie wiem
	1. Codzienna praca				
	2. Codzienne zwykłe aktywności rozrywkowe				
	3. Wstawanie z niskiego krzesła				
	4. Siedzenie > 30 min				
	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				

2. Proszę wybrać tylko jedno określenie najlepiej charakteryzujące odczuwany ból
Opis czuciowy: delikatny / strzelający / przeszywający / ściskający / ostry / tnący / kłujący / ciągnący / świdrujący / gorący, palący / tępy / promieniujący / gniotący / inny

Proszę wybrać tylko jedno określenie najlepiej charakteryzujące odczuwany ból
Opis emocjonalny: denerwujący / męczący, wyczerpujący / przyprawiający o mdłości / przerażający / „piekielny” / inny

3. Jak często pojawia się ból?
 rzadko okazjonalnie często bardzo często

4. Proszę określić nasilenie bólu w spoczynku?
 brak słaby umiarkowany silny

5. Proszę określić nasilenie bólu podczas aktywności ruchowej?
 brak słaby umiarkowany silny

6. Czy odczuwany po operacji ból jest silniejszy niż przed operacją?
 tak nie

ANKIETA B. Proszę dodatkowo o odpowiedź na poniższe pytania, jeśli w pytaniu 7 wybrano odpowiedź NIE.

1. Czy następujące sytuacje utrudniają codzienne funkcjonowanie (stanowią bariery w powrocie do normalnego, codziennego funkcjonowania)?		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				

2. Czy występują inne, niewymienione obok sytuacje, powodujące u Pana/Pani lęk lub obawę w okresie pooperacyjnym?
 tak nie

Zwracamy się z prośbą o zgłoszenie się na pierwszą wizytę kontrolną do poradni przyszpitalnej z wypełnionym formularzem lub o doręczenie formularza bezpośrednio do ośrodka, w którym była przeprowadzona operacja.

pieczętka ośrodka