

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

I. DANE OSOBOWE CHOREGO

1. Imię i nazwisko		2. PESEL	3. Data urodzenia
4. Płeć <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> kobieta		5. Adres zamieszkania	
6. Telefon kontaktowy		7. Adres e-mail	

II. CZĘŚĆ SPOŁECZNA

1. Miejsce zamieszkania <input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> małe miasto <input type="checkbox"/> miasto powiatowe <input type="checkbox"/> miasto wojewódzkie <input type="checkbox"/> miasto z uczelnią medyczną		2. Jaki rodzaj pracy wykonuje Pan/Pani obecnie ? <input type="checkbox"/> ciężka praca fizyczna <input type="checkbox"/> lekka praca fizyczna <input type="checkbox"/> praca umysłowa <input type="checkbox"/> nie pracuję obecnie	
3. Jaki rodzaj pracy wykonywał Pan/Pani w przeszłości ? <input type="checkbox"/> ciężka praca fizyczna <input type="checkbox"/> lekka praca fizyczna <input type="checkbox"/> praca umysłowa <input type="checkbox"/> nie pracowałem		4. Czy w przeszłości podejmował Pan/Pani znaczne wysiłki fizyczne? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
5. Czy uprawia lub uprawiał/a Pan/Pani sport? <input type="checkbox"/> tak, rekreacyjnie <input type="checkbox"/> tak, wyczynowo <input type="checkbox"/> nie		6. Proszę o zaznaczenie Pana/Pani wykształcenia? <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> średnie <input type="checkbox"/> wyższe	

III. WYWIAD

1. Po której stronie występuje przepuklina? <input type="checkbox"/> prawa <input type="checkbox"/> lewa <input type="checkbox"/> obustronna		2. Ankieta dotyczy przepukliny znajdującej się po której stronie? <input type="checkbox"/> prawa <input type="checkbox"/> lewa	
3. Proszę wpisać ile lat (miesiący) temu zauważył Pan/Pani objawy przepukliny? lat, miesięcy		4. Kto rozpoznał przepuklinę? <input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> lekarz rodzinny <input type="checkbox"/> chirurg <input type="checkbox"/> inny lekarz	
5. Ile lat (miesiący) temu postawiono rozpoznanie przepukliny? lat, miesięcy		6. Czy lekarz rodzinny wystawił skierowanie do leczenia? <input type="checkbox"/> tak, do Poradni Chirurgicznej <input type="checkbox"/> tak, do Szpitala <input type="checkbox"/> nie wydał skierowania	
7. Ile miesięcy upłynęło od zakwalifikowania Pana/Pani do operacji? lat, miesięcy			
8. Rodzaj przepukliny <input type="checkbox"/> wolna odprowadzalna <input type="checkbox"/> nieodprowadzalna <input type="checkbox"/> uwięźnięta od godzin przed zgłoszeniem się do szpitala <i>Jeśli uwięźnięta, to proszę wpisać ile godzin upłynęło od zgłoszenia się do szpitala do wykonania operacji? godzin</i>			
9. Przedoperacyjna ocena wielkości przepukliny <input type="checkbox"/> powyżej więzadła pachwinowego <input type="checkbox"/> poniżej więzadła pachwinowego, nie wypełnia moszny <input type="checkbox"/> mosznowa <5 cm <input type="checkbox"/> mosznowa 5 – 10 cm <input type="checkbox"/> mosznowa >10 cm			10. Charakter przepukliny <input type="checkbox"/> wrodzona <input type="checkbox"/> nabyta <input type="checkbox"/> nieokreślona
11. Czy występowały epizody więźnięcia po tej stronie? (przepuklina uwypukliła się w postaci bolesnego guza i nie dawała się odprowadzić do brzucha) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		12. Czy przepuklina po tej stronie była operowana w przeszłości? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <i>Jeśli TAK, to proszę odpowiedzieć na pytania:</i> - ile razy była wykonywana operacja? - kiedy był wykonana ostatnia operacja? - gdzie wykonano ostatnią operację? - jaką metodą wykonano ostatni zabieg? - po jakim czasie od ostatniej operacji wystąpił nawrót?	
13. Czy występuje/występowała inna przepuklina? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <i>Jeśli TAK, to proszę zaznaczyć:</i> <i>pachwinowa po drugiej stronie / udowa / pępkowa / kresy białej / w bliżnie pooperacyjnej / inna</i>			

14. Czy występowały bóle pachwiny po stronie obecnie operowanej przepukliny?
 tak nie *Jeśli TAK, to proszę zaznaczyć poniżej liczbę odzwierciedlającą nasilenie bólu i wypełnienie ANKIETY A:*

(brak bólu) ← 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 → (ból maksymalny)

15. Jeśli TAK, to od jakiego czasu występują bóle? lat miesięcy

16. Czy bóle wystąpiły przed pojawieniem się uwypuklenia w pachwinie?
 tak nie

17. Czy stosuje lub stosował/a Pan/Pani pas przepuklinowy?
 tak nie

18. Czy z powodu przepukliny była konieczność stosowania leków przeciwbólowych?
 tak nie

19. Czy występują INNE choroby powodujące bóle pachwiny (np. bóle stawów, kręgosłupa, przewlekłe zespoły bólowe)?
 tak nie

20. Czy występują inne choroby lub objawy?
 tak nie *Jeśli TAK, to proszę zaznaczyć właściwe:*
cukrzyca / otyłość / nadciśnienie tt. / choroba wieńcowa / przebyty zawał serca / tętniaki / kolagenozy / zaparcia / POChP / inne

21. Czy przyjmuje Pan/Pani leki na stałe?
 tak nie *Jeśli TAK, to proszę wpisać:*

22. Czy pali lub palił/a Pan/Pani papierosy? tak nie
Jeśli TAK, to proszę odpowiedzieć na pytania:
 - ile lat temu rozpoczęto palenie?
 - średnia ilość wypalanych papierosów dziennie?
 - czy rzucono palenie? tak nie
 - jeśli TAK, to ile lat temu rzucono palenie?

23. Stan ogólny wg ASA
 I II III IV

24. Wzrost (cm)

25. Ciężar ciała (kg)

26. BMI (kg/m²)
 zostanie uzupełnione automatycznie

27. Uwagi dodatkowe

ANKIETA A. Proszę dodatkowo o odpowiedź na poniższe pytania, jeśli w pytaniu 14 w części III wybrano odpowiedź TAK.

<p>1. Czy ból okolicy pachwiny jest problemem podczas wykonywania następujących czynności?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nie dotyczy</th> <th style="text-align: center;">tak</th> <th style="text-align: center;">nie</th> <th style="text-align: center;">nie wiem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1. Codzienna praca</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2. Codzienne zwykłe aktywności rozrywkowe</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3. Wstawanie z niskiego krzesła</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4. Siedzenie > 30 min</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5. Stanie > 30 min</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6. Chodzenie po schodach</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7. Robienie zakupów</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8. Prowadzenie samochodu</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9. Przejazd autobusem lub tramwajem</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10. Uprawianie lekkich ćwiczeń sportowych</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11. Nie umiem określić, jakie czynności mi utrudnia</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		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					<p>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></p> <p>Proszę wybrać tylko jedno określenie najlepiej charakteryzujące odczuwany ból <i>Opis emocjonalny: denerwujący / męczący, wyczerpujący / przyprawiający o mdłości / przerażający / „piekielny” / inny</i></p> <p>3. Jak często pojawia się ból? <input type="checkbox"/> rzadko <input type="checkbox"/> okazjonalnie <input type="checkbox"/> często <input type="checkbox"/> bardzo często</p> <p>4. Proszę określić nasilenie bólu w spoczynku? <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> słaby <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> silny</p> <p>5. Proszę określić nasilenie bólu podczas aktywności ruchowej? <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> słaby <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> silny</p>
	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																																																													

Oświadczam, że zamieszczone powyżej dane osobowe są prawdziwe i formularz został uzupełniony według mojej najlepszej wiedzy. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie zawartych w formularzach KROPP danych w Krajowym Rejestrze Operacji Przepuklin w Polsce i ich wykorzystywanie wyłącznie w celach medycznych.

.....
 Podpis Pacjenta