

Pelvik Ağrı Değerlendirme Formu

Klinisyen: _____

Tarih: _____

Başlangıç hikayesi ve fiziksel değerlendirme

Bu değerlendirme formu, klinisyeni ilk hasta değerlendirmesi esnasında desteklemeyi amaçlamıştır, bir tanı aracı olarak düşünülmemesi gerekir.

İletişim Bilgileri

Ad Soyad: _____ Doğum Tarihi: _____ Protokol No: _____

Telefon: İş: _____ Ev: _____ Cep: _____

Yönlendiren Uzmanın Adı ve Adresi: _____

Ağrınız Hakkında Bilgiler

Lütfen ağrı probleminizi tanımlayın (gerekirse ayrı bir kağıt kullanın): _____

Sizde ağrılarınıza ne sebep oluyor? _____

Ağrınızın başlangıcıyla ilişkilendirdiğiniz bir olay var mı? Evet Hayır ise neden? _____

Ne zamandır ağrınız mevcut? _____ Yıl _____ Ay

Geçtiğimiz son 1 ayı düşündüğünüzde, aşağıda sıralanmış her bir belirti için hissettiğiniz ağrıyı 10 puanlık ölçeğe uygun şekilde işaretleyiniz:

Ağrınızı nasıl puanlandırırsınız?	0 – ağrı yok	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 – ağrı düzeyi çok fazla
Ovulasyonda Ağrı(Döngü ortasında)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adetin Hemen Öncesinde Ağrı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adetten Önce(Kramp olmayan) Ağrılar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cinsel Birleşme İle Hissedilen Yoğun Ağrı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yük Kaldırma Esnasında Kasıkta Ağrı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İlişkiden sonra saatler veya günler süren pelvik ağrı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mesane Dolu İken Ağrı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kas/Eklemler Ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adet Dönemindeki Krampların Şiddeti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Adet Bittikten Sonraki Ağrı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İlişkiden Sonra Vajinada Yanma Tarzında Ağrı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
İşeme Sırasında Ağrı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bel Ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migren Baş ağrısı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otururken Ağrı	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Uzman Yorumları

Ağrınız Hakkında Bilgiler

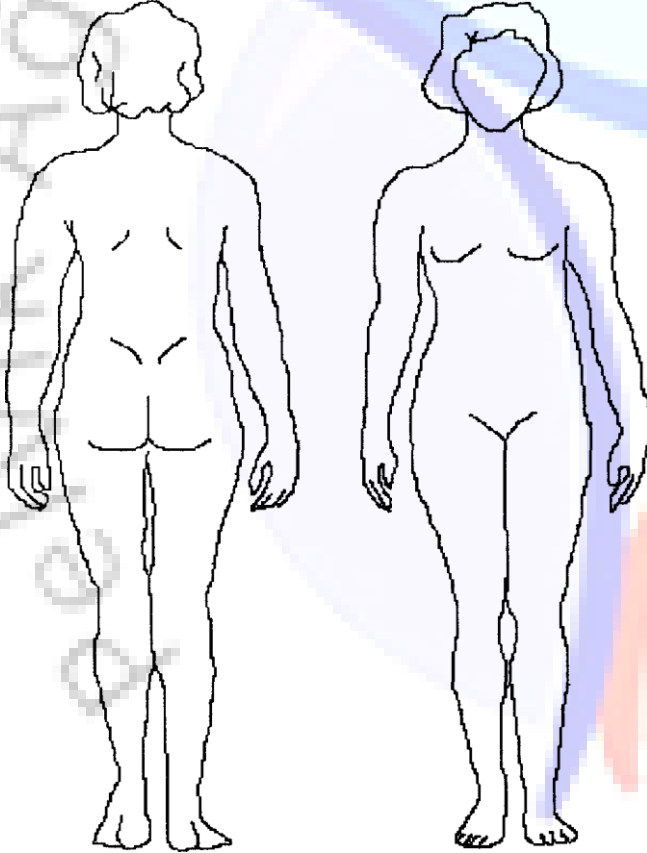
Ağrınız için geçmişte hangi tip tedavileri/uzmanları denediniz?

Lütfen aşağıdakilerin hepsini gözden geçirin.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Aile Hekimi | <input type="checkbox"/> Nutrisyon / diyet |
| <input type="checkbox"/> Anestezist | <input type="checkbox"/> Bitkisel Tedavi | <input type="checkbox"/> Fizyoterapi |
| <input type="checkbox"/> Antikonvülsan İlaçlar | <input type="checkbox"/> Homeopatik Tedavi | <input type="checkbox"/> Psikoterapi |
| <input type="checkbox"/> Antidepresanlar | <input type="checkbox"/> Lupron, Synarel, Zoladex | <input type="checkbox"/> Psikiyatrist |
| <input type="checkbox"/> Biyofeedback | <input type="checkbox"/> Masaj | <input type="checkbox"/> Romatolog |
| <input type="checkbox"/> Botoks Enjeksiyonu | <input type="checkbox"/> Meditasyon | <input type="checkbox"/> Cilt miknatısları |
| <input type="checkbox"/> Kontraseptif haplar/bantlar/halka | <input type="checkbox"/> Narkotikler | <input type="checkbox"/> Cerrahi |
| <input type="checkbox"/> Danazol (Danocrine) | <input type="checkbox"/> Natüropatik İlaçlar | <input type="checkbox"/> TENS cihazı |
| <input type="checkbox"/> Depo-provera | <input type="checkbox"/> Sinir Blokajı | <input type="checkbox"/> Trigger nokta enjeksiyonları |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterolog | <input type="checkbox"/> Nörocerrahi | <input type="checkbox"/> Ürolog |
| <input type="checkbox"/> Jinekolog | <input type="checkbox"/> Reçete Edilmemiş İlaç | <input type="checkbox"/> Diğer _____ |

Ağrı Haritaları

Ağrılı bölgeleri hafifçe boyayın ve bu bölgelere 1'den 10'a kadar bir sayı yazın (10=hayal edebileceğiniz en şiddetli ağrı)



Sol

Sağ

Sağ

Sol

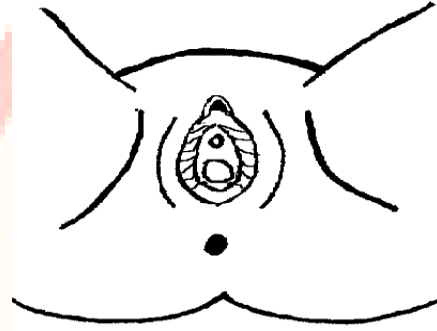
Vulvar / Perianal Ağrı (Vajina ve anüsün dışında ve çevresinde ağrı)

Eğer vulvar ağrınız varsa ağrılı alanları hafifçe boyayın ve bu alanlara 1'den 10'a kadar bir sayı yazın. (10=hayal edebileceğiniz en şiddetli ağrı)

Ağrınız klozete oturduğunuzda azalıyor mu? Yes No

Sağ

Sol



Kronik Pelvik Ağrı nedeniyle sizi hangi doktor veya sağlık uzmanları değerlendirdi veya tedavi etti?

Doktor / Uzman	Özelleştiği Alan	Şehir, Ülke, Telefon

Demografik Bilgiler

Hangisi sizin için uygunsuzsa işaretleyiniz. (Tüm maddeleri kontrol ediniz.)

- Evli Dul kalmış Ayrılmış Düzeyli birliktelik
 Bekar Tekrar evlenmiş Boşanmış

Kiminle birlikte yaşıyorsunuz? _____

Eğitim: 12 yıldan daha az Lisans Mezunu
 Lise mezunu Lisansüstü

Hangi iş için eğitim aldınız? _____

Hangi işi yapıyorsunuz? _____

Cerrahi Özgeçmiş

Lütfen bu ağrı ile ilişkili geçirdiğiniz tüm ameliyatlarınızı listeye yazınız:

Yıl	Uygulanan Cerrahi İşlem	Cerrah	Bulgular

Lütfen daha önce geçirdiğiniz diğer tüm cerrahi işlemleri aşağıya yazınız:

Yıl	Cerrahi İşlem

Yıl	Cerrahi İşlem

Uzman Yorumları

İlaçlar

Lütfen geçtiğimiz 6 ay boyunca ağrılı durumunuz nedeniyle aldığımız **ağrı ilaçlarımızı** ve size bu ilaçları reçete eden uzmanları listeye yazınız. (Gerektiğinde ayrı bir sayfa kullanınız):

İlaç / Alınan Miktar	Uzman	İşe yaradı mı?
		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Hala alıyorum
		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Hala alıyorum
		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Hala alıyorum
		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Hala alıyorum
		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Hala alıyorum
		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Hala alıyorum
		<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Hala alıyorum

Lütfen şu anda almakta olduğunuz **diğer tüm ilaçları** hangi hastalık için aldığımızı ve bunları reçete eden uzmanı listeye yazınız. (gerektiğinde ayrı bir sayfa kullanınız):

İlaç / Alınan Miktar	Uzman	Hastalık

Gebelik ve Doğum Özgeçmişi

Kaç gebelik yaşadınız? _____

Nasıl sonuçlandı? (sayıları ile): ___ Tam 9 ay taşıdım ___ Prematüre ___ Düşük/Ölü Doğum ___ Yaşayan Çocuk

Gebelikte, doğum esnasında, bebeğin gelişinde veya doğum sonrası süreçte herhangi bir komplikasyonla karşılaştınız mı?

- 4° Epizyotomi Sezaryen Vakum Doğum sonrası kanama
 Vajinal Yırtılma Forseps Kanama için ilaç kullanımı Diğer _____

Aile Özgeçmişi

- Ailenizden herhangi birinde yandakilerden var mı?: Fibromyalji Kronik Pelvik Ağrı İrritable Barsak Sendromu
 Depresyon İnterstisyel Sistit Diğer Kronik Hastalıklar _____
 Endometriosis Kanser, Tip(leri) _____

Tıbbi Özgeçmiş

Tüm tıbbi problemlerinizi / tanılarınızı yazınız _____

Alerjiler (lateks alerjisi dahil) _____

Aile hekiminiz ve kliniğinin ismi nedir? _____

Çocukluğunuzdan bu yana hiç hastanede yattınız mı? Evet Hayır Eğer evetse lütfen açıklayınız _____

Düşme ya da sırt yaralanması gibi büyük kazalar geçirdiniz mi? Evet Hayır

Daha önce hiç depresyon tedavisi aldınız mı? Evet Hayır Tedaviler: İlaç Hastane yatışı Psikoterapi

- Doğum kontrol yöntemi: Korunma Hap Vazektomi Vajinal Halka Depo provera
 Yok
 Kondom RİA Histerektomi Diyafram Tubal Sterilizasyon

Menstrüel Özgeçmiş

Adet gördüğünüzde kaç yaşındaydınız? _____

Hala adet görüyor musunuz? Evet Hayır

Aşağıdaki soruları eğer hala adet görüyorsanız cevaplayınız.

Adetler: Hafif Orta Ağır Korunma nedeniyle kanama

Adet dönemleriniz arasında kaç gün var? _____

Kanamalarınız kaç gün sürer? _____

Son adet döneminin başlangıç tarihi nedir? _____

Adet dönemlerinizde hiç ağrınız oluyor mu? Evet Hayır

Ağrı kanama başladığında mı başlar? Evet Hayır Ağrı kanamadan _____ gün önce

Adetleriniz düzenli mi? Evet Hayır

Adet kanamalarınızla birlikte pıhtı geliyor mu? Evet Hayır

Gastrointestinal / Beslenme Alışkanlıkları

Bulantınız var mı? Hayır Ağrı ile İlaç almakla Yemek yemekle Diğer

Kusmanız var mı? Hayır Ağrı ile İlaç aldığınızda Yemek yemekle Diğer

Daha önce anoreksiya veya bulimiya gibi bir yeme bozukluğu yaşadınız mı? Evet Hayır

Makatta kanamanız veya dışkıınızda kan var mı? Evet Hayır

Barsak hareketleri ile ağrınız artar mı? Evet Hayır

Aşağıdaki sorular pelvik ağrının nedenlerinden biri sayılabilecek bir mide-barsak problemi olan irritabl barsak sendromu tanısına yardımcı olması içindir.

Aşağıdakilerle ilişkili olarak ağrı veya rahatsızlık hissettiniz mi?

Dışkılama sıklığında değişiklik Evet Hayır

Dışkı görünümünde veya dışkılama şeklinde değişiklik? Evet Hayır

Dışkılama sonrasında ağrınız artar mı? Evet Hayır

Sağlık Alışkanlıkları

Ne sıklıkla egzersiz yaparsınız? Nadiren Haftada 1-2 kez Haftada 3-5 kez Günlük

Kafein alımınızın miktarı nedir? (Günde kaç fincan, kahve, çay, meşrubat vs de dahil) 0 1-3 4-6 >6

Günde kaç sigara içersiniz? _____ Kaç yıldır? _____

Alkol kullanır mısınız? Evet Hayır

Haftada kaç kez içersiniz? _____

Hiç madde bağımlılığı tedavisi aldınız mı? Evet Hayır

Keyif verici uyuşturucuları kullanma durumunuz nedir? Hiç kullanmadım Geçmişte kullanıp bıraktım

Kullanıyorum Cevap yok

Eroin Amfetaminler Mariuana Barbitürat Kokain Diğer _____

Beslenme şeklinizi nasıl tanımlarsınız? (tüm maddeleri kontrol ediniz) Dengeli Vegan

Vejeteryan Kızarmış yiyecekler

Özel bir diyet _____ Diğer _____

Üriner Semptomlar

Aşağıdakilerden herhangi biri başınıza geldi mi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Öksürürken, hapsürürken veya gülerken idrar kaçırma?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
İdrar çıkışında zorluk?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Sık idrar yolu enfeksiyonu?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
İdrarda kan?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
İdrara çıktığınız halde doluluk hissi?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
İdrara çıktıktan birkaç dakika sonra tekrar idrara çıkma ihtiyacı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

Aşağıdaki sorular, pelvik ağrının nedenlerinden biri olarak sayılan ağrılı mesane sendromunun tanısına yardımcı olması içindir. Sizin mesane fonksiyon ve belirtilerinizi en iyi tanımlayan cevabı daire içine alınız.

	0	1	2	3	4
1. GÜN İÇERİSİNDE kaç kez tuvalete gidersiniz (idrara çıkmak veya mesanenizi boşaltmak amacıyla)?	3-6	7-10	11-14	15-19	20 veya daha fazla
2. GECELERİ kaç kez tuvalete gidersiniz (idrara çıkmak veya mesanenizi boşaltmak amacıyla)?	0	1	2	3	4 veya daha fazla
3. İdrara çıkmak veya mesanenizi boşaltmak amacıyla gece kalkmak sizi rahatsız eder mi?	Hiç	Az	Orta	Çok	
4. Aktif bir cinsel hayatınız var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır					
5. Eğer aktif bir cinsel yaşantınız varsa; cinsel birleşme esnasında veya sonrasında hiç ağrınız veya başka belirtileriniz oldu mu veya oluyor mu?	Hiç	Sıklıkla	Genellikle	Her zaman	
6. Birleşme ile ağrınız varsa bu sizin cinsel birleşmeden kaçınmanıza neden oluyor mu?	Hiç	Sıklıkla	Genellikle	Her zaman	
7. Mesane ile ilişkili yada pelviste (alt karın, labia, vajina, üretra, perine) ağrı hissediyormusunuz	Hiç	Sıklıkla	Genellikle	Her zaman	
8. İdrara çıkma sonrası sıkışma hissi oluyor mu?	Hiç	Sıklıkla	Genellikle	Her zaman	
9. Eğer ağrınız varsa, bu ağrı genellikle...	Hiç	Az	Orta	Çok	
10. Ağrınız sizi rahatsız eder mi?	Hiç	Sıklıkla	Genellikle	Her zaman	
11. Eğer sıkışma hissiniz varsa, bu genellikle...		Az	Orta	Çok	
12. Sıkışma hissi sizi rahatsız eder mi?	Hiç	Sıklıkla	Genellikle	Her zaman	

© 2000 C. Lowell Parsons, MD Reprinted with permission.

KCl ___ Endike değil ___ Pozitif ___ Negatif

Başa Çıkma Mekanizmaları

Ağrınızla ilgili endişelendiğinizde veya stresli durumlarınızda konuştuğunuz insanlar kimlerdir?

- | | | | |
|---|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eşiniz | <input type="checkbox"/> Akraba | <input type="checkbox"/> Destek Grubu | <input type="checkbox"/> Din adamları |
| <input type="checkbox"/> Doktor / Hemşire | <input type="checkbox"/> Arkadaş | <input type="checkbox"/> Akıl ve ruh sağlığı danışmanı | <input type="checkbox"/> Kendim hallediyorum |

Eşinizin ağrınızla ilgilenme durumu nedir?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ağrılı olduğumda farketmez | <input type="checkbox"/> Benimle ilgilenir | <input type="checkbox"/> Söz konusu değil |
| <input type="checkbox"/> Geri çekilir | <input type="checkbox"/> Çaresiz Hisseder | |
| <input type="checkbox"/> Beni aktivitelerle oyalar | <input type="checkbox"/> Sinirlenir | |

Ağrınıza ne iyi gelir?

- | | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Meditasyon | <input type="checkbox"/> Gevşeme teknikleri | <input type="checkbox"/> Uzanmak | <input type="checkbox"/> Müzik |
| <input type="checkbox"/> Masaj | <input type="checkbox"/> Buz | <input type="checkbox"/> Sıcak su torbası | <input type="checkbox"/> Sıcak banyo |
| <input type="checkbox"/> Ağrı ilaçları | <input type="checkbox"/> Laksatifler / Lavman | <input type="checkbox"/> Enjeksiyon | <input type="checkbox"/> TENS cihazı |
| <input type="checkbox"/> İdrara çıkmak | <input type="checkbox"/> Büyük abdestinizi yapmak | <input type="checkbox"/> Hiçbir şey | |
| <input type="checkbox"/> Diğer _____ | | | |

Ağrınızı ne kötüleştirir?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> İlişkiye girmek | <input type="checkbox"/> Orgazm | <input type="checkbox"/> Stres | <input type="checkbox"/> Çok yemek |
| <input type="checkbox"/> Büyük abdestinizi yapmak | <input type="checkbox"/> Mesanenizin dolu olması | <input type="checkbox"/> İdrara çıkmak | <input type="checkbox"/> Ayakta durmak |
| <input type="checkbox"/> Yürümek | <input type="checkbox"/> Egzersiz yapmak | <input type="checkbox"/> Günün belli saatlerinde | <input type="checkbox"/> Hava şartları |

Cinsel ve Fiziksel İstismar Öyküsü

Hiç duygusal istismar kurbanı oldunuz mu? Aşağılanma ve hakarete uğramak da dahildir. Evet Hayır Cevap Yok

- | | Çocukluk
(13yaş and altı) | Yetişkinlik
(14yaş and üstü) |
|---|--|--|
| 1. Çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinizin her ikisi için ayrı birer cevap veriniz. | | |
| 1a. Siz istemediğiniz halde, hiç kimse size, kendi cinsel organını gösterdi mi? | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 1b. Siz istemediğiniz halde, hiç kimse sizi, kendisiyle cinsel ilişkiye girmeniz için tehdit etti mi? | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 1c. Siz istemediğiniz halde, hiç kimse sizin cinsel organınıza dokundu mu? | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 1d. Siz istemediğiniz halde, hiç kimse sizi, kendi cinsel organına dokundurdu mu? | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 1e. Siz istemediğiniz halde, hiç kimse sizi, kendisiyle cinsel ilişkiye zorladı mı? | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |
| 1f. Yukarıda bahsedilmeyen, başka herhangi istenmeyen cinsel tecrübeleriniz oldu mu? | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |

Eğer evetse lütfen belirtin _____

2. Siz çocukken, sizden yaşça büyük bir insan aşağıdakilerden birini yaptı mı?

- | | | | | |
|--|------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| a. Size vurma, sizi tekmeleme veya ısırma | <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Ara Sıra | <input type="checkbox"/> Sık sık |
| b. Hayatınızı ciddi anlamda tehdit etme | <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Ara Sıra | <input type="checkbox"/> Sık sık |
| 3. Kendiniz zarar verecek bir şey yaptınız mı? | | | | |
| a. Size vurma, sizi tekmeleme veya ısırma | <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Ara Sıra | <input type="checkbox"/> Sık sık |
| b. Hayatınızı ciddi anlamda tehdit etme | <input type="checkbox"/> Hiç | <input type="checkbox"/> Nadiren | <input type="checkbox"/> Ara Sıra | <input type="checkbox"/> Sık sık |

Leserman, J, Drossman D, Li Z. The reliability and validity of a sexual and physical abuse history questionnaire in female patients with gastrointestinal disorders. Behavioral Medicine 1995;21:141-148.

McGill Ağrı Sorgulama-Kısa Form

Aşağıdaki kelimeler olağan ağrıyı tanımlamaktadır. Hissettiğiniz ağrı tipinin derecesini gösteren sütüne doğru işareti (✓) koyunuz. Lütfen kendinizi sadece alt karın bölgenizdeki ağrı ile sınırlandırınız.

Nasıl bir ağrı hissediyorsunuz?

Tip	Yok (0)	Hafif (1)	Orta (2)	Şiddetli (3)
Zonklama	_____	_____	_____	_____
Şimşek çarpar gibi	_____	_____	_____	_____
Bıçak saplanır gibi	_____	_____	_____	_____
Keskin	_____	_____	_____	_____
Kramp tarzında	_____	_____	_____	_____
Kemirici	_____	_____	_____	_____
Sıcak-yanıcı	_____	_____	_____	_____
Sancı verici	_____	_____	_____	_____
Ezici	_____	_____	_____	_____
Hassaslaştırıcı	_____	_____	_____	_____
Yarıcı, parçalayıcı	_____	_____	_____	_____
Yoran, takatsız bırakan	_____	_____	_____	_____
Hasta edici	_____	_____	_____	_____
Korkutucu	_____	_____	_____	_____
Cezalandırıcı-zalimce	_____	_____	_____	_____

Melzak R. The Short-form McGill Pain Questionnaire. Pain 1987;30:191-197.

Pelvik Varikoz Ağrı Sendromu Soruları

- Pelvik ağrınız uzun süren fiziksel aktivite sonrasında artıyor mu? Evet Hayır
- Pelvik ağrınız uzanınca düzeliyor mu? Evet Hayır
- Seks sırasında vajen derinizde ve pelviste ağrınız oluyor mu? Evet Hayır
- Seks sonrası alt karında zonklama veya sızlama oluyor mu? Evet Hayır
- Bir taraftan diğer tarafa yer değiştirirken pelvik ağrınız oluyor mu? Evet Hayır
- Ani gelip geçen, şiddetli pelvik ağrı nöbetleriniz oluyor mu? Evet Hayır

Fizik Muayene – Sadece doktor kullanımı için

İsim: _____

Protokol numarası: _____

Muayene tarihi: _____ Boy: _____ Kilo: _____ BMI: _____

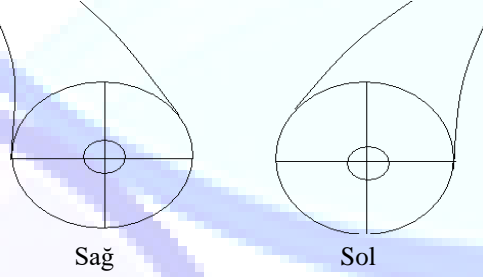
TA: _____ Kalp Hızı: _____ Ateş: _____ Solunum: _____ SAT: _____

Sistemler, Özgeçmiş gözden geçirildi: Evet Hayır Doktor İmzası: _____

Genel Durum İyi Hasta Üzgün Depresyonda
 Normal kilo Zayıf Kilolu Anormal duruş

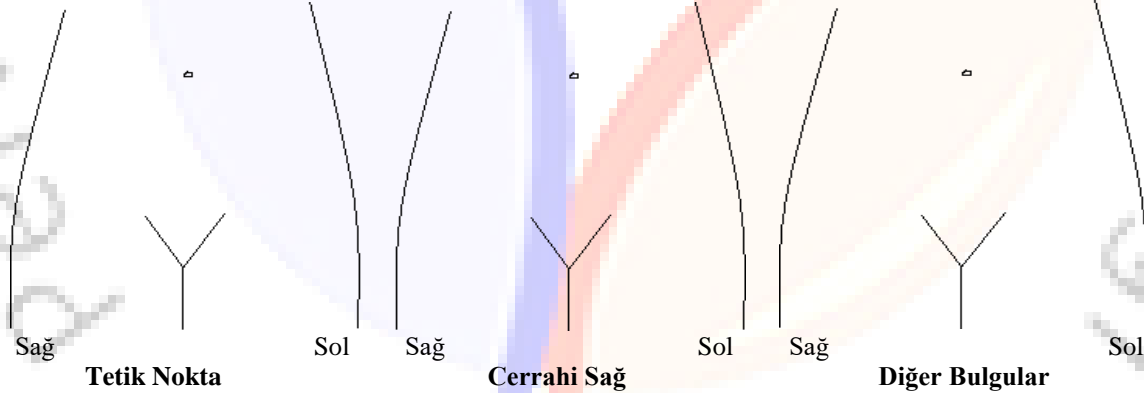
NOT: "Muayene edilmedi" M/E

KBB Normal Diğer _____ **Akciğer** Normal Diğer _____ **Kalp** Normal Diğer _____ **Meme** Normal Diğer _____



Abdomen

Hassasiyet yok Tender İnsizyonlar Tetik noktalar
 İnguinal hassasiyet İnguinal şişlik Suprapubik Hasssiyet Ovaryan nokta hassasiyeti
 Kitle Defans Ribaund Distansiyon
 Diğer _____

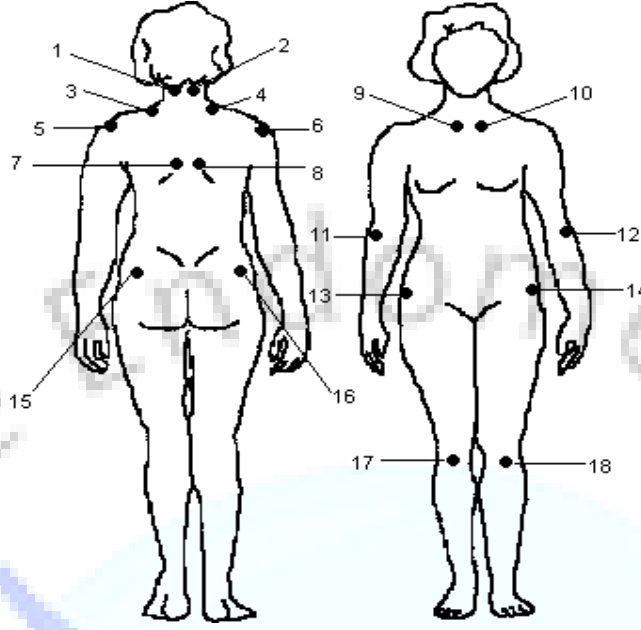


Sırt Hassasiyet yok Hassas Farklı Postür SI eklem rotasyonu _____

Alt Ekstremiteler Normal Limit Ödema Varikositler Nöropati Uzunluk farkı _____

Nöropati İliohipogastrik İlioinguinal Genitofemoral Pudental Duyum fark

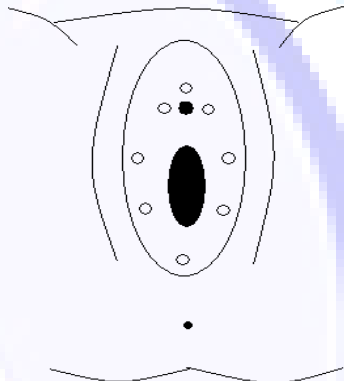
Fibromyalgia / Sırt / Kalça



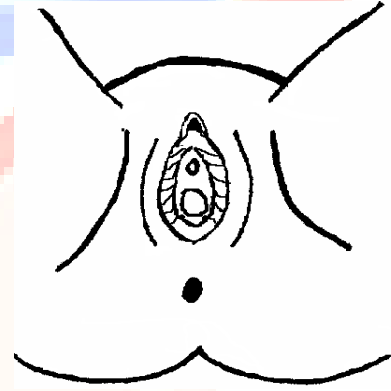
Sol Sağ Sağ Sol

Dış Genital

- Normal Eritem Akıntı Q-tip testi (şekilde işaretleyin) Hassasiyet (şekilde işaretleyin)



Sağ Sol



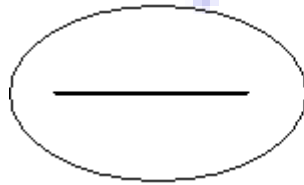
Sağ Sol

Q-tip Test (score each circle 0-4) **Toplam Skor** _____

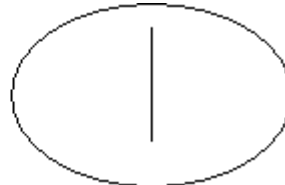
Diğer Bulgular _____

Vajina

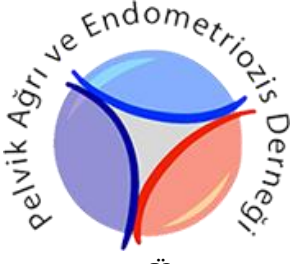
- Normal Kalın damla: _____
 Yerel hassasiyet _____ Vajinal mukoza _____ Akıntı _____
 Kültürler Gonokok Klamidya Mantar Herpes
 Vajinal kafta duyarlılık (Histerektomi sonrası – şekilde gösteriniz)



Sağ Sol
Transvers kaf kapatılmış



Vertikal kaf kapatılmış



Tek elle muayene

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Üretra | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Servikal |
| <input type="checkbox"/> Mesane | <input type="checkbox"/> İntroitus | <input type="checkbox"/> Servikal hareketler |
| <input type="checkbox"/> Sağ üreter | <input type="checkbox"/> Utero-servikal bileşim hattı | <input type="checkbox"/> Parametrium |
| <input type="checkbox"/> Sol üreter | <input type="checkbox"/> Vajinal kaf | |
| <input type="checkbox"/> Kas farkındalığı | <input type="checkbox"/> Cul-de-sac | |
| | <input type="checkbox"/> Sol üreter | |
| | <input type="checkbox"/> Sol inguinal | |
| | <input type="checkbox"/> Klitoral hassasiyet | |

Kas hassasiyetini derecelendirin 0-4 arasında

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sağ obturator _____ | <input type="checkbox"/> Sol obturator _____ |
| <input type="checkbox"/> Sağ piriformis _____ | <input type="checkbox"/> Sol piriformis _____ |
| <input type="checkbox"/> Sağ pubokoksigeus _____ | <input type="checkbox"/> Sol pubokoksigeus _____ |
| <input type="checkbox"/> Total pelvik taban skoru _____ | <input type="checkbox"/> Anal Sfinkter _____ |

Bimanuel Muayene

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| Uterus: <input type="checkbox"/> Hassas | <input type="checkbox"/> Hassasiyet yok | <input type="checkbox"/> Yok |
| Pozisyon: <input type="checkbox"/> Ön | <input type="checkbox"/> Posterior | <input type="checkbox"/> Orta hatta |
| İrilik: <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Diğer _____ | |
| Kontur: <input type="checkbox"/> Düzenli | <input type="checkbox"/> Düzensiz | <input type="checkbox"/> Diğer |
| Kıvam: <input type="checkbox"/> Sert | <input type="checkbox"/> Yumuşak | <input type="checkbox"/> Sert |
| Mobilite: <input checked="" type="checkbox"/> Mobil | <input type="checkbox"/> Hiper mobilite | <input type="checkbox"/> Fikse |
| Destek: <input type="checkbox"/> İyi destekli | <input type="checkbox"/> Prolapsus | |

Adneks muayenesi

- | | |
|---|---|
| Sağ: | Sol: |
| <input type="checkbox"/> Yok | <input type="checkbox"/> Yok |
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Normal |
| <input type="checkbox"/> Hassas | <input type="checkbox"/> Hassas |
| <input type="checkbox"/> Fikse | <input type="checkbox"/> Fikse |
| <input type="checkbox"/> Boyutlarında artış _____cm | <input type="checkbox"/> Boyutlarında artış _____cm |

Rektovaginal Muayene

- | | | |
|---------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Nodül | <input type="checkbox"/> Guaiac pozitif |
| <input type="checkbox"/> Hassas | <input type="checkbox"/> Mukozal patoloji | <input type="checkbox"/> Muayene edilmedi |

Değerlendirme: _____

Tanısal Plan: _____

Tedavi Planı: _____
