

Tarih:

Hasta Form Numarası:

### 1. İletişim Bilgileri

İsim:

Soyisim:

Doğum Tarihi:

Yaş:

E-mail:

Tel:

### 2. Yönlendiren Kişi Bilgileri

İsim Soyisim:

Tel:

İletişim Adresi:

Pelvik ağrı şikayetiniz için geçmişte kaç doktor veya sağlık uzmanına başvurduunuz?

Hiç  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  >10

### 3. Demografik Bilgiler

Medeni durumunuz nedir? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)

Bekar Evli Ayrı Boşanmış Dul Diğer 

Cinsel hayatınızı tanımlayınız (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)

Cinsel hayatım yok

Aseksüel (Cinsel çekim eksikliği veya cinsel etkinlikteki ilgi düşüklüğü veya yokluğu)

Erkeklerle cinsel olarak aktif

Kadınlarla cinsel olarak aktif

Her iki cinsiyetle aktif

Diğer

Kimle yaşıyorsunuz? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)

Yalnız Partner ile Aile ile Başka bir aile ile Arkadaşlarla Evsiz 

Diğer

Eğitim durumunuz nedir? (Son mezun olduğunuz eğitim düzeyi)

İlk okul Orta okul Lise Üniversite Yüksek Lisans Doktora 

Güncel iş durumunuz nedir? (Lütfen mevcut durumunuzu seçiniz)

İşsiz Ev Hanımı Çalışan Emekli Engelli Çalışan

#### 4. Tıbbi Geçmiş

Lütfen tıbbi veya sağlık sorunlarınızı listeleyin, durumun ne zaman teşhis edildiğini ve kontrol edilip edilmediğini açıklayın.

Tıbbi Problem	Teşhis Edilen Yıl	Kontrol Edildi mi?	
		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
		Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>

#### 5. Ameliyat Geçmişi

Lütfen aşağıdaki ameliyatlardan herhangi birini geçirip geçirmediğinizi kontrol edin.

Prosedür			Tarih	Cerrah	Bulgular
Sistoskopi (mesanenin içine bakılması)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Laparoskopi (endometriozisin çıkarılması ile birlikte)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Histerektomi (rahim ve serviksin çıkarılması) Yumurtalıklarınız çıkarıldı mı? Serviks korundu mu (Suprakervikal histerektomi)?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Miyomektomi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Endoskopi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Kolonoskopi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Yumurtalık Kisti Çıkarma	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Sezaryen Doğum	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Apendektomi (apandistin çıkarılması)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Prostatektomi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Kolektomi (kolonun çıkarılması)	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Vazektomi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			
Diğer	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>			

## 6. Adet Döngüsü, Doğum Kontrolü ve Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonların Hikayesi

**Şayet adet (regl) yaşamıyorsanız, nedenini belirtiniz. ( Lütfen tüm seçeneklere göz atın)**

Histerektomi  Menapoz  Erkek iseniz atlayınız

Doğum kontrol hapı kullanarak sürekli reglin baskılanması ( Örnek: Depo-Provera, haplar, Progesteron IUD)

Endometrial Ablasyon

**Son adet döneminiz ne zamandı?**

**Adet döngüleriniz başladığında kaç yaşındaydınız?**

**Eğer adet görüyorsanız, BUGÜNLERDE yaşadığınız adet sırasında SÜREKLİ olarak aşağıdaki belirtilerden herhangi biri yaşıyor musunuz? ( Lütfen tüm seçeneklere göz atın)**

Ağır kanama  Ciddi ağrı  Düzensiz kanama (ayda birden fazla kez)

7 günden uzun süren kanama  Ruh hali değişikliği  Yorguluk

Göğüslerde hassasiyet  Kabızlık  İshal  Baş ağrısı

**Ağrılı adet döngüleriniz varsa, ne kadar süredir bu tür bir ağrınız var? Lütfen yıl veya ay olarak belirtiniz.**

**Bugünlerdeki yaşadığınız ağrılı adet döneminiz nedeniyle düzenli olarak (ayda 3 kereden fazla) okulunuza veya işinize gidemediğiniz oluyor mu?**

Evet

Hayır

**Ağrılı adet dönemleriniz varsa, adet döneminiz sırasında ağrınıza yardımcı olmak için aşağıdakilerden herhangi birini kullandınız mı? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)**

Doğum kontrol hapı  Vajinal halka  Depo-Provera

Ağrı kesici ( Örneğin; İbuprofen, Apranax vb.)  Parasetamol

Diğer:

**Doğum kontrolü için ne kullanıyorsunuz? ( Lütfen tüm seçeneklere göz atın)** ←

Hiçbir şey  Vasektomi  Prezervatif  Doğum kontrol hapı

Hormonal IUD  Tüp Ligasyonu  Vajinal halka  Hormonal olmayan IUD

Nexplanon implant  Depo-Provera enjeksiyonu  Hormonal olmayan IUD

Diğer:

**Hiç cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan birini yaşadınız mı? ( Lütfen tüm seçeneklere göz atın)**

Klamidya  Bel Soğukluğu  Herpes  HPV  Sifiliz (Frengi)

Pelvik İnflamatuvar Hastalık  HIV  Hepatit B  Hepatit C

## 7. Alerjiler ve Kullanılan(Güncel) İlaçlar

Lütfen alerjilerinizi listeleyiniz.

Alerji	Alerji olduğunuzda vücudunuzda ne olur? (Reaksiyonu nedir)	Bu alarjiniz hakkında geçmişte tedavi gördünüz mü?

Lütfen kullandığınız güncel ilaçları (bitkisel kürler ve ilaçlar dahil) listeleyiniz.

İlaçlar veya bitkisel tedaviler	Doz	Hangi tıbbi şikayetiniz için

## 8. Gebelik / Doğum Hikayesi

Kaç tane gebeliğiniz oldu?  1  2  3  4  5  6 ve daha fazla

Kaç tane doğumunuz oldu?  1  2  3  4  5  6 ve daha fazla

Kaç tane vajinal doğumunuz oldu?  1  2  3  4  5  6 ve daha fazla

Kaç tane sezeryan doğumunuz oldu?  1  2  3  4  5  6 ve daha fazla

Kaç tane düşük veya kürtaj hikayeniz var?  1  2  3  4  5  6 ve daha fazla

Hamilelikte, doğum sırasında veya doğum sonrasında herhangi bir komplikasyonunuz oldu mu olduysa neydi?

Leserasyon 3°- 4°  Vakum/ Forseps  Yara Komplikasyonu  Diğer

## 9. Aile Hikayesi

Ailenizden herhangi biri aşağıdaki durumlardan herhangi birine sahip mi?

- Endometriozis(Çikolata Kisti)  Fibromiyalji  Kronik Pelvik Ağrı
- İntersistiyal Sistit  Kolon Kanseri  Mesane Kanseri
- Kronik Yorgunluk  Anksiyete/Panik Migren (Baş Ağrısı)  Göğüs Kanseri
- Çene Eklem (Temperomandibular) Rahatsızlığı  Diğer Kronik Durumlar
- İritabil Bağırsak Sendromu  Travma Sonrası Stres Bozukluğu

## 10. Ağrı Hikayesi, Ağrının Tanımı ve Ağrıyı Arttıran Faktörler

Ağrınız ne zaman başladı? Ay: Yıl: Emin değilim:

Lütfen ağrınızı kendi cümleleriniz ile tanımlayınız.

Ağrınız nasıl başladı, ağrınız ilk başladığında meydana gelen belirli bir olayı hatırlıyor musunuz? (Birini seçiniz)

- Evde yaralanma  İşte/Okulda yaralanma  Başka bir ortamda yaralanma  
 Kanser  Ameliyat sonrası  Motorlu taşıt kazası  
 Kanser dışındaki medikal durumlar  Belirli bir neden yok/Belirli bir nedeni bilmiyorum

Diğer

Ağrınız nasıl başladı? (Lütfen bir tanesini seçin)  Aniden  Yavaş yavaş

Ağrınız ne zamandır devam ediyor? (Lütfen bir tanesini seçin)

- 3 aydan az  3-12 ay  12 ay-2 yıl  5 yıldan daha uzun süredir

Ağrınız başladığından beri şimdi yaşadığınız ağrı ile aynı mı? (Lütfen bir tanesini seçin)

- Aynı ağrı (fark yok)  Daha iyi  Daha kötü  Bilmiyorum

Hani ifade ağrınızı daha iyi tanımlar? (Lütfen bir tanesini seçin)

- Her zaman devam eden (her zaman aynı yoğunlukta)  
 Her zaman devam eden (ağrının seviyesi değişir)  
 Genellikle var (ağrısız geçen zaman 6 saatten daha az)  
 Bazen var (günde bir veya birkaç kez bir saat kadar süren)  
 Nadiren var

Ağrınızı nasıl tarif edersiniz: ( Lütfen tüm seçeneklere göz atın)

- Bıçak gibi keskin  Kramp  Pelviste ağırlık hissi  Tok ağrı  
 Zonklayan ağrı  Çekme hissi yaratan ağrı  Yanıcı tarzda ağrı  
 Hissizlik yataran ağrı Diğer

Ağrınız sizi uykunuzdan uyandırıyor mu?  Evet  Hayır

Ağrınız hiç vücudunuzun diğer bölgelerine yayılıyor mu?  Evet  Hayır

Ağrınızı ne KÖTÜLEŞTİRİR? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)

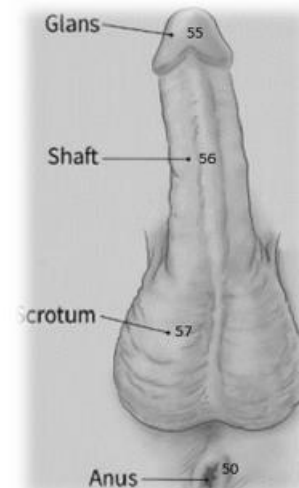
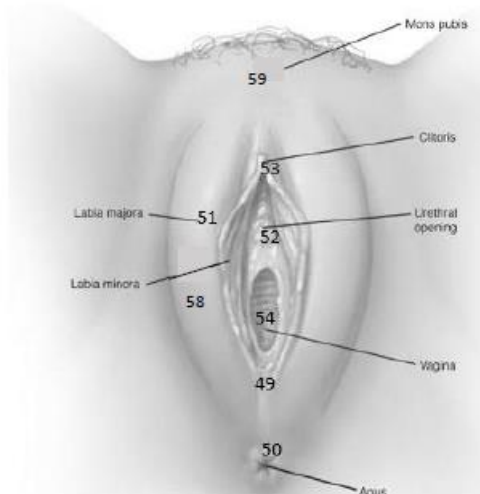
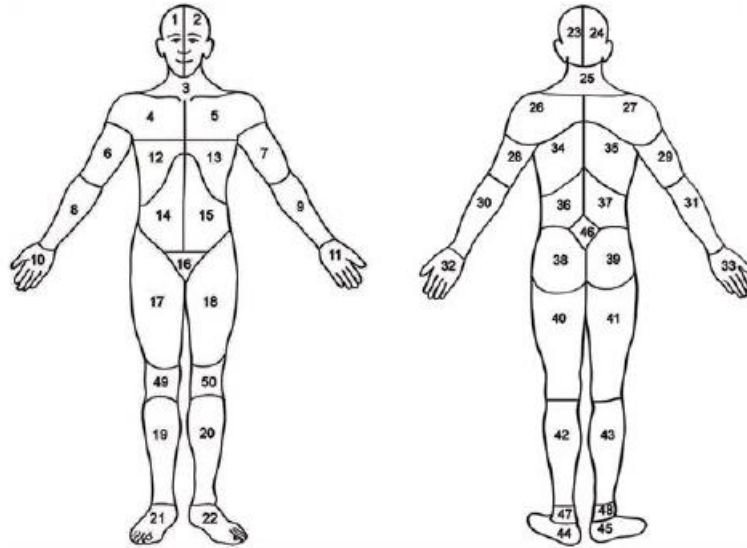
- Hiçbir şey ağrımı kötüleştirmez  Yürümek  Merdiven çıkmak  İdrar yapmak  
 Ağırlık kaldırmak  Mesanenin dolu olması  Stres  Ev işleri  
 Hava  Arbaya binmek ve inmek  Egzersiz  Adet dönemi  Bağırsak hareketleri  
 Elbiselerin vücuda temas etmesi  Cinsel ilişkiye girmek Diğer:

Ağrınıza ne iyi gelir? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)

- Hiçbir şey ağrıma iyi gelmez.  Kendi kendine iyi olur.  Uzanmak/ dinlenmek
- Meditasyon  Sıcak banyo  Egzersiz  Mesanenin boş olması
- Başka şeylerle uğraşarak, dikkati başka yöne çekmek  Mesanenin boş olması
- Laksatifler/Müsiller  Masaj  İbuprofen veya Tylenol  Bağırsak hareketleri
- Soğuk ya da sıcak ped uygulamaları  Reçeteli ağrı kesiciler  Stresim azaldığında
- Desteklendiğimi hissettiğimde  Diğer:

### 11. Ağrının Yeri, Ağrının Şiddeti ve Alınan Önceki Tedaviler

Lütfen aşağıdaki vücut haritalarında ağrınızın bulunduğu TÜM alanları işaretleyiniz. Lütfen ağrının olduğu tüm alanları boyayın veya daire içine alınız.



Bir önceki sayfada işaretlediğiniz ağrı bölgelerin numarasını aşağıdaki tablonun ilk sütununda listeleyiniz. Ardından numaralandırılan her ağrı bölgesi için, ağrının ne kadar uzun sürdüğünü, şiddeti ve niteliği hakkındaki ilgili kutucukları işaretleyiniz. [Üç Bbgeden daha çok işaretlenen alanınız var ise sizin için en ciddi üç ağrı bölgesi için işaretleme yapınız.]

<p>Şayet 16 numarayı işaretlediyseniz bu sizin pelvik bölgede ağrınızın olduğu anlamına gelir.</p>	<input type="checkbox"/> 1 Yıl <input type="checkbox"/> 1-3 Yıl <input type="checkbox"/> 4-7 Yıl <input type="checkbox"/> 8-10 Yıl <input type="checkbox"/> 10 Yıldan Fazla	<input type="checkbox"/> Zonklayıcı <input type="checkbox"/> Batıcı <input type="checkbox"/> Saplayıcı <input type="checkbox"/> Keskin <input type="checkbox"/> Kramp <input type="checkbox"/> Kemiren <input type="checkbox"/> Bulandırıcı <input type="checkbox"/> Zalimce	<input type="checkbox"/> Acıyan <input type="checkbox"/> Ağır <input type="checkbox"/> Hassas <input type="checkbox"/> Şiddetli <input type="checkbox"/> Yorucu <input type="checkbox"/> Korkunç <input type="checkbox"/> Yanıcı	<input type="checkbox"/> Hafif <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Çok
<p>Tanımlanan bu ağrınız 1-3 yıldır devam eden şiddetli, zonklayıcı, acıyan bir pelvik ağrı şikayetinizin olduğu anlamına gelir.</p>				
<p><b>Ağrılı Bölgenin Numarası</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 Yıl <input type="checkbox"/> 1-3 Yıl <input type="checkbox"/> 4-7 Yıl <input type="checkbox"/> 8-10 Yıl <input type="checkbox"/> 10 Yıldan Fazla	<input type="checkbox"/> Zonklayıcı <input type="checkbox"/> Batıcı <input type="checkbox"/> Saplayıcı <input type="checkbox"/> Keskin <input type="checkbox"/> Kramp <input type="checkbox"/> Kemiren <input type="checkbox"/> Bulandırıcı <input type="checkbox"/> Zalimce	<input type="checkbox"/> Acıyan <input type="checkbox"/> Ağır <input type="checkbox"/> Hassas <input type="checkbox"/> Şiddetli <input type="checkbox"/> Yorucu <input type="checkbox"/> Korkunç <input type="checkbox"/> Yanıcı	<input type="checkbox"/> Hafif <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Çok
<p><b>Ağrılı Bölgenin Numarası</b></p>	<input type="checkbox"/> 1 Yıl <input type="checkbox"/> 1-3 Yıl <input type="checkbox"/> 4-7 Yıl <input type="checkbox"/> 8-10 Yıl <input type="checkbox"/> 10 Yıldan Fazla	<input type="checkbox"/> Zonklayıcı <input type="checkbox"/> Batıcı <input type="checkbox"/> Saplayıcı <input type="checkbox"/> Keskin <input type="checkbox"/> Kramp <input type="checkbox"/> Kemiren <input type="checkbox"/> Bulandırıcı <input type="checkbox"/> Zalimce	<input type="checkbox"/> Acıyan <input type="checkbox"/> Ağır <input type="checkbox"/> Hassas <input type="checkbox"/> Şiddetli <input type="checkbox"/> Yorucu <input type="checkbox"/> Korkunç <input type="checkbox"/> Yanıcı	<input type="checkbox"/> Hafif <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Çok

<b>Ağrılı Bölgenin Numarası</b>	<input type="checkbox"/> 1 Yıl	<input type="checkbox"/> Zonklayıcı	<input type="checkbox"/> Acıyan	<input type="checkbox"/> Hafif
	<input type="checkbox"/> 1-3 Yıl	<input type="checkbox"/> Batıcı	<input type="checkbox"/> Ağır	<input type="checkbox"/> Orta
	<input type="checkbox"/> 4-7 Yıl	<input type="checkbox"/> Saplayıcı	<input type="checkbox"/> Hassas	<input type="checkbox"/> Çok
	<input type="checkbox"/> 8-10 Yıl	<input type="checkbox"/> Keskin	<input type="checkbox"/> Şiddetli	
	<input type="checkbox"/> 10 Yıldan Fazla	<input type="checkbox"/> Kramp	<input type="checkbox"/> Yorucu	
	<input type="checkbox"/> Kemiren	<input type="checkbox"/> Korkunç		
	<input type="checkbox"/> Bulandırıcı	<input type="checkbox"/> Yanıcı		
	<input type="checkbox"/> Zalimce			

Ağrınızın ne kadar kötü olduğunu tanımlamak için aşağıdaki bir kutuyu işaretleyerek belirtiniz. (Sayı değerinin artması ağrının şiddetinin arttığı anlamına gelmektedir.)

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

Ağrı Yok

Şiddetli Ağrı

Ağrınızın ciddiyetini aşağıdaki ölçekle derecelendirin:

Son 7 gün içerisindeki ağrınıza göre yanıtlayınız.					
	Ağrı Yok	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
Ağrınızın yoğunluğu ne kadar kötüydü?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Ağrınız ortalama ne kadar yoğundu?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Şu anda ağrınızın yoğunluğu ne kadar?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Geçen hafta boyunca ağrınızın sizi ne kadar etkilediğini açıklayan kutuyu işaretleyin:

	0 = Etkilemez	10 = Oldukça Fazla Etkiler								
Genel Aktiviteler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Mod	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Yürüme Aktivitesi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10



Normal Aktivite (ev dışı veya ev işleri ile ilgili)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Diğer insanlarla ilişkiler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Uyku	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10
Eğlence Hayatı	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

Aşağıda, ağrı ile ilişkili olabilecek farklı düşünce ve duyguları tanımlayan on üç ifade yer almaktadır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve ağrı yaşarken aşağıdaki ifadelerin sizin için ne kadar geçerli olduğunu gösteren 0,1,2,3 veya 4 sayısını daire içine alın.

Ağrı yaşarken	Hiç	Az derecede	Orta derecede	Büyük derecede	Her zaman
Ağrının bitip bitmeyeceği konusunda her zaman endişeleniyorum.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ağrı ile devam edemeyeceğimi hissediyorum.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Bu ağrı korkunç ve asla daha iyi olmayacak.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Bu ağrı korkunç ve beni çok etkilediğini hissediyorum.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Artık dayanamayacağımı hissediyorum.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ağrının daha da kötüleşeceğini düşünüyorum.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Diğer ağrı verici olayları düşünmeye devam ediyorum.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ağrının bitmesini endişeli bir şekilde istiyorum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ağrıyı aklımdan çıkaramıyorum.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ağrının ne kadar acı verdiğini düşünmeye devam ediyorum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Acının durmasını ne kadar istediğimi düşünmeye devam ediyorum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Ağrının yoğunluğunu azaltmak için yapabileceğim hiçbir şey yok	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Acaba ciddi bir şey olabilir mi diye düşünüyorum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Şayet kadınsanız, ağrınızın cinselliğiniz üzerindeki etkisini değerlendirmek için bu anketi doldurun.

<b>Geçmiş 30 gün içerisindeki cinsel aktiviteniz ile ilgili</b>						
Cinsel aktiviteye ne kadar ilgi duyduunuz	Hiç <input type="checkbox"/> 0	Çok az <input type="checkbox"/> 1	Biraz <input type="checkbox"/> 2	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 3	Çok <input type="checkbox"/> 4	
Ne kadar sıklıkla seks yapmak istediğini hissettin?	Hiç <input type="checkbox"/> 0	Nadiren <input type="checkbox"/> 1	Bazen <input type="checkbox"/> 2	Sıklıkla <input type="checkbox"/> 3	Her Zaman <input type="checkbox"/> 4	
<b>Son 4 hafta içerisindeki vajinal kayganlığınız ile ilgili</b>						
Cinsel aktivite veya cinsel ilişki sırasında ne sıklıkla "ıslak" yağılandınız?	Cinsel Aktivite Yok <input type="checkbox"/> 0	Neredeyse her zaman <input type="checkbox"/> 5	Çoğu zaman (zamanın yarısından fazlası) <input type="checkbox"/> 4	Bazen (zamanın yaklaşık yarısı) <input type="checkbox"/> 3	Birkaç kez (zamanın yarısından az) <input type="checkbox"/> 2	Neredeyse asla <input type="checkbox"/> 1
<b>Geçmiş 30 gün içerisinde...</b>						
İstedığınız zaman vajinanızın ıslanması ne kadar zor oldu?	Hiç <input type="checkbox"/> 0	Çok az <input type="checkbox"/> 1	Biraz <input type="checkbox"/> 2	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 3	Çok <input type="checkbox"/> 4	
<b>Son 30 günde vajinal rahatsızlık...</b>						
Cinsel aktivite sırasında vajinanızın rahatlığını nasıl tanımlarsınız?	Son 30 gün içinde herhangi bir cinsel aktivite olmadı <input type="checkbox"/> 0	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Biraz <input type="checkbox"/> 3	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 4	Çok <input type="checkbox"/> 5
Vajinanızdaki rahatsızlık veya ağrı nedeniyle cinsel aktivitede ne sıklıkla zorluk yaşadınız?	Son 30 gün içinde herhangi bir cinsel aktivite olmadı <input type="checkbox"/> 0	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Biraz <input type="checkbox"/> 3	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 4	Çok <input type="checkbox"/> 5
Vajinanızdaki rahatsızlık veya ağrı nedeniyle cinsel aktiviteyi ne sıklıkla durdurdunuz?	Son 30 gün içinde herhangi bir cinsel aktivite olmadı <input type="checkbox"/> 0	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Biraz <input type="checkbox"/> 3	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 4	Çok <input type="checkbox"/> 5
<b>Son 30 gündeki orgazm ...</b>						
Tatmin edici bir orgazm / doruğa ulaşma yeteneğinizi nasıl değerlendirirsiniz?	Son 30 gün içinde orgazm / doruğa ulaşmaya çalışmadım <input type="checkbox"/> 0	Mükemmel <input type="checkbox"/> 5	Çok iyi <input type="checkbox"/> 4	İyi <input type="checkbox"/> 3	Orta <input type="checkbox"/> 2	Kötü <input type="checkbox"/> 1

<b>Son 30 gündeki tatminlik ...</b>						
Cinsel aktiviteniz olduğunda, bundan ne kadar hoşlandınız?	Son 30 gün içinde herhangi bir cinsel aktivite olmadı <input type="checkbox"/> 0	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Biraz <input type="checkbox"/> 3	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 4	Çok <input type="checkbox"/> 5
Cinsel aktiviteniz olduğunda, ne kadar tatmin edici oldu?	Son 30 gün içinde herhangi bir cinsel aktivite olmadı <input type="checkbox"/> 0	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Biraz <input type="checkbox"/> 3	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 4	Çok <input type="checkbox"/> 5

<b>Erkek iseniz; ağrınızın cinselliğiniz üzerindeki etkisini değerlendirmek için bu anketi doldurun.</b>						
<b>Geçmiş 30 gündeki cinsel aktiviteyle ilgi</b>						
Cinsel aktiviteye ne kadar ilgi duydunuz	Hiç <input type="checkbox"/> 0	Çok az <input type="checkbox"/> 1	Biraz <input type="checkbox"/> 2	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 3	Çok <input type="checkbox"/> 4	
Ne kadar sıklıkla seks yapmak istediğini hissettin?	Hiç <input type="checkbox"/> 0	Nadiren <input type="checkbox"/> 1	Bazen <input type="checkbox"/> 2	Sıklıkla <input type="checkbox"/> 3	Her Zaman <input type="checkbox"/> 4	
<b>SON 30 GÜNDE Erektile fonksiyon</b>						
İstedığınız zaman ereksiyon olmanız ne kadar zor oldu? (Ereksiyon olmanıza yardımcı olmak için hap, enjeksiyon veya penis pompası kullanıyorsanız, lütfen bu soruyu bu yardımcıları kullandığınız zamanları düşünerek cevaplayın)	Son 30 gün içinde ereksiyon olmaya çalışmadım <input type="checkbox"/> 0	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Biraz <input type="checkbox"/> 3	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 4	Çok <input type="checkbox"/> 5
<b>SON 30 GÜNDE...</b>						
İstediginizde ereksiyonu sürdürmek ne kadar zor oldu? (Ereksiyon almanıza yardımcı olmak için hap, enjeksiyon veya penis pompası kullanıyorsanız, lütfen bu soruyu kullandığınız zamanları düşünerek cevaplayın. bu yardımlar)	Son 30 gün içinde ereksiyon olmaya çalışmadım <input type="checkbox"/> 0	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Biraz <input type="checkbox"/> 3	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 4	Çok <input type="checkbox"/> 5

SON 4 HAFTA'da aşağıdakileri nasıl değerlendirirsiniz?						
Ereksiyon olabilme yeteneğiniz	Çok Zayıf <input type="checkbox"/> 0	Zayıf <input type="checkbox"/> 1	Kötü <input type="checkbox"/> 2	İyi <input type="checkbox"/> 3	Çok İyi <input type="checkbox"/> 4	
SON 30 GÜNDE Orgazm...						
Tatmin edici bir orgazm / doruğa ulaşma yeteneğinizi nasıl değerlendirirsiniz?	Son 30 gün içinde orgazm / doruğa ulaşmaya çalışmadım <input type="checkbox"/> 0	Mükemmel <input type="checkbox"/> 5	Çok iyi <input type="checkbox"/> 4	İyi <input type="checkbox"/> 3	Orta <input type="checkbox"/> 2	Kötü <input type="checkbox"/> 1
Son 30 gündeki tatminlik ...						
Cinsel aktiviteniz olduğunda, bundan ne kadar hoşlandınız?	Son 30 gün içinde herhangi bir cinsel aktivite olmadı <input type="checkbox"/> 0	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Biraz <input type="checkbox"/> 3	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 4	Çok <input type="checkbox"/> 5
Cinsel aktiviteniz olduğunda, ne kadar tatmin edici oldu?	Son 30 gün içinde herhangi bir cinsel aktivite olmadı <input type="checkbox"/> 0	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Çok az <input type="checkbox"/> 2	Biraz <input type="checkbox"/> 3	Oldukça Fazla <input type="checkbox"/> 4	Çok <input type="checkbox"/> 5

**CİNSİYETİNİZE İLGİLİ OLMAYAN, lütfen GENEL SAĞLIĞINIZ HAKKINDA her soruya veya açıklamaya satır başına 1 kutu işaretleyerek yanıt verin.**

Genel olarak, sağlığınızın nasıl olduğunu söyleyebilir misiniz?	Mükemmel <input type="checkbox"/> 5	Çok iyi <input type="checkbox"/> 4	İyi <input type="checkbox"/> 3	Orta <input type="checkbox"/> 2	Kötü <input type="checkbox"/> 1
Genel olarak, yaşam kalitenizin nasıl olduğunu söyleyebilir misiniz?	Mükemmel <input type="checkbox"/> 5	Çok iyi <input type="checkbox"/> 4	İyi <input type="checkbox"/> 3	Orta <input type="checkbox"/> 2	Kötü <input type="checkbox"/> 1
Genel olarak, fiziksel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel <input type="checkbox"/> 5	Çok iyi <input type="checkbox"/> 4	İyi <input type="checkbox"/> 3	Orta <input type="checkbox"/> 2	Kötü <input type="checkbox"/> 1
Genel olarak, ruh hali ve düşünme yeteneğiniz de dahil olmak üzere zihinsel sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel <input type="checkbox"/> 5	Çok iyi <input type="checkbox"/> 4	İyi <input type="checkbox"/> 3	Orta <input type="checkbox"/> 2	Kötü <input type="checkbox"/> 1
Genel olarak, sosyal faaliyetlerinizden ve ilişkilerinizden duyduğunuz memnuniyeti nasıl değerlendirirsiniz?	Mükemmel <input type="checkbox"/> 5	Çok iyi <input type="checkbox"/> 4	İyi <input type="checkbox"/> 3	Orta <input type="checkbox"/> 2	Kötü <input type="checkbox"/> 1

Genel olarak, lütfen her zamanki sosyal aktivitelerinizi ve rollerinizi ne kadar iyi yürüttüğünüzü değerlendirin (buna evde, işyerinde ve çevrenizdeki aktiviteler ve ebeveyn, çocuk, eş, çalışan, arkadaş vb. sorumluluklar dahildir)	Mükemmel <input type="checkbox"/> 5	Çok iyi <input type="checkbox"/> 4	İyi <input type="checkbox"/> 3	Orta <input type="checkbox"/> 2	Kötü <input type="checkbox"/> 1					
Yürüme, merdiven çıkma, market alışverişi yapma ya da bir sandalyeyi taşıma gibi günlük fiziksel aktivitelerinizi ne ölçüde yapabilirsiniz? Yürüme, merdiven çıkma, market alışverişi yapma ya da bir sandalyeyi taşıma gibi günlük fiziksel aktivitelerinizi ne ölçüde yapabilirsiniz?	Mükemmel <input type="checkbox"/> 5	Çok iyi <input type="checkbox"/> 4	İyi <input type="checkbox"/> 3	Orta <input type="checkbox"/> 2	Kötü <input type="checkbox"/> 1					
<b>Son 7 gün içerisinde....</b>										
Endişeli, depresif veya sinirli hissetmek gibi duygusal problemlerden ne kadar sıklıkla rahatsız oldunuz?	Hiç <input type="checkbox"/> 1	Nadiren <input type="checkbox"/> 2	Bazen <input type="checkbox"/> 3	Çoğunlukla <input type="checkbox"/> 4	Her zaman <input type="checkbox"/> 5					
Yorgunluğunuzu ortalama olarak nasıl değerlendirirsiniz?	Yok <input type="checkbox"/> 1	Az <input type="checkbox"/> 2	Orta <input type="checkbox"/> 3	Çok <input type="checkbox"/> 4	Çok Fazla <input type="checkbox"/> 5					
Ağrınızı ortalama olarak nasıl değerlendirirsiniz?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

Sağlık çalışanları için PROMIS puanlama yöntemleri <http://www.healthmeasures.net/score-and-interpret/calculate-scores>

Pelvik ağrınız için geçmişte hangi ilaçları denediniz? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)

İlaç	Şu anda kullanılan ilaçlar		Bu ilacı geçmişte denedim		Bu ilacı faydalı buldunuz mu?		
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Biraz
Gabapentin (Neurontin®)	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Biraz
Pregabalin (Lyrica®)	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Biraz
Amitriptyline (Elavil®)	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Biraz
Duloxetine (Cymbalta®)	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Biraz
Milnacipran (Savella®)	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Biraz
Trazodone	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Biraz
Oral Muscle relaxer	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Biraz
Diazepam Suppository (Valium®)	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Biraz

**GEÇMİŞTE pelvik ağrınız için başka hangi tedavileri denediniz? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur     | <input type="checkbox"/> Tetik nokta enjeksiyonu    | <input type="checkbox"/> Biofeedback                |
| <input type="checkbox"/> Masaj          | <input type="checkbox"/> TENS elektrik stimülasyonu | <input type="checkbox"/> Sinir blokajı              |
| <input type="checkbox"/> Beslenme/diyet | <input type="checkbox"/> Mesane enjeksiyonları      | <input type="checkbox"/> Seks Terapi                |
| <input type="checkbox"/> Fizik Tedavi   | <input type="checkbox"/> Botoks enjeksiyonu         | <input type="checkbox"/> Epidural                   |
| <input type="checkbox"/> Aquaterapi     | <input type="checkbox"/> Eklem enjeksiyonu          | <input type="checkbox"/> Nörostimülasyon            |
| <input type="checkbox"/> Hiçbiri        | <input type="checkbox"/> Radyo frekans ablasyonu    | <input type="checkbox"/> Bilişsel Davranış Terapisi |

 **Hormonal tedavi - evet ise, ne tür hormonal tedavi? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)**

- |                                 |                                |                               |                                     |                                   |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Haplar | <input type="checkbox"/> Patch | <input type="checkbox"/> Ring | <input type="checkbox"/> Enjeksiyon | <input type="checkbox"/> Östrojen | <input type="checkbox"/> Progesteron |
|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|

Diğer tedaviler:

**12. Gastrointestinal Hikaye:****Aşağıdaki GASTROİNTESTİNAL (BAĞIRSAK) semptomlarından herhangi birine sahip misiniz? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)**

- |   |  |
|---|--|
| Mide bulantısı/Kusma <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır | Şişkinlik <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır                 |
| İshal <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır                | Kabızlık <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır                  |
| Karın ağrısı <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır         | Reflü/Göğüste yanma hissi <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır |

**Bağırsak hareketlerinizle ilgili artan bir ağrınız var mı?** Evet Hayır**Dışkıınızda rektal kanama veya kan var mı?** Evet Hayır**Hiç bir gastroenterolog uzmanına görüldünüz mü?** Evet Hayır**Aşağıdakilerden herhangi biriyle ilişkili ağrınız veya rahatsızlığınız var mı?**Dışkılama sıklığınızda değişiklik var mı? Evet HayırDışkının görünümünde değişiklik mi? Evet Hayır**Ağrınız dışkıladığınızda iyileşir veya kötüleşir mi?** Evet Hayır

Dışkıınızın görünümü aşağıdakilerden hangisine en çok benziyor? Tabloda yer alan dışkı şekillerinden birini seçiniz.

-  Tip 1 Ayrık sert parçalar
-  Tip 2 Hafif parçalı ve sosis gibi
-  Tip 3 Sosis gibi ve yüzey çatlaklı
-  Tip 4 Pürüzsüz, yumuşak sosis veya yılan gibi
-  Tip 5 Düzgün kenarlı, yumuşak parçalar
-  Tip 6 Dağınık kenarlı, peltemsi kıvam
-  Tip 7 Katı parça içermeyen sıvı kıvam

### 13. Ek Belirtiler ve Teşhisler

Vulva / labia, klitoris, skrotum, penis veya anüsünüzde ağrı var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Aynı bölgede uyuşukluk var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Ağrınız oturarak kötüleşti mi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Ağrınız sizi gece uyandırır mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Hiç pudendal sinir blokajı oldu mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Evetse, ağrıda iyileşme oldu mu (geçici olsa bile)?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Hiç ciddi spor yaralanmalarınız oldu mu (örneğin koşu, ağırlık kaldırma, jimnastik sırasında yaralanmalar)?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Hiç başınız, boynunuzu, omurganızı veya sırtınızı yaralayan herhangi bir motorlu taşıt kazası yaşadınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Hiç düşmeye bağlı yaranız oldu mu (örneğin sırt, kuyruk sokumu kemiği, boyun yaralanmaları)?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

**Bu durumlardan herhangi biri için teşhis edilmiş veya tedavi edilmiş miydiniz? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)**

Durum		
Myomlar	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Endometriozis	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Fibromiyalji	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Kronik yorgunluk sendromu/ Myeloencephalitis	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
İnterstisyel sistit/Mesane ağrı sendromu	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Kronik bel ağrısı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Kronik baş ağrısı/Migren	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Temporomandibular(Çene) eklem rahatsızlığı	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Anormal smear testi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Göğüs kanseri	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Diğer:		

#### 14. Üriner Hikaye

**Aşağıdaki üriner semptomlardan herhangi biriyle karşılaşıyor musunuz? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)**

Öksürürken, hapşırırken veya gülerken idrar kaçırma?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
İdrarın akışında zorluk?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Sık geçirilen idrar yolu enfeksiyonu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
İdrarda kanın görülmesi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
İdrar yaptıktan sonra hala mesanede doluluk hissi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
İdrar yaptıktan birkaç dakika sonra tekrar idrara çıkma hissi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
İdrar yapmada aciliyet hissi?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır



**Cinsiyetiniz kadın ise, mesane fonksiyon ve semptom anketini doldurunuz. Sadece cinsel ilişkiye giriyorsanız lütfen yalnızca 4-6 sorularına yanıt veriniz.**

<b>Pelvik ağrı ve sıkışma hissi / (sıklığı) hasta semptom skalası</b>	0	1	2	3	4
1. Gün içerisinde kaç kez idrara çıkarsınız?	<input type="checkbox"/> 3-6	<input type="checkbox"/> 7-10	<input type="checkbox"/> 11-14	<input type="checkbox"/> 15-19	<input type="checkbox"/> 20+
2. Geceleri kaç kez idrara çıkarsınız?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4+
3. Geceleri idrara çıkmak için kalkarsanız bu sizi rahatsız eder mi?	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Az	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Çok	
4. Cinsel olarak aktif misiniz?	<input type="checkbox"/> Evet		<input type="checkbox"/> Hayır		
5. Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında, ağrınız veya başka şikayetleriniz oldu mu veya oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Arada Sırada	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Her Zaman	
6. Ağrı ya da sıkışma hissi hiç cinsel ilişkiden kaçınmanıza neden oldu mu?	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Arada Sırada	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Her Zaman	
7. Mesanenizle ilgili ya da pelvisinizde (vajina, labia, alt karın, üretra, perine, testis veya skrotum) ağrı var mı?	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Arada Sırada	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Her Zaman	
8. Ağrınız varsa, bu ağrı genellikle;	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Az	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Çok	
9. Ağrınız sizi rahatsız ediyor mu?	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Arada Sırada	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Her Zaman	
10. İdrara çıktıktan sonra da sıkışma hissiniz oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Arada Sırada	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Her Zaman	
11. Sıkışma hissiniz varsa, bu sıkışma genellikle;	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Az	<input type="checkbox"/> Orta	<input type="checkbox"/> Çok	
12. Sıkışma hissiniz sizi rahatsız ediyor mu?	<input type="checkbox"/> Hiç	<input type="checkbox"/> Arada Sırada	<input type="checkbox"/> Genellikle	<input type="checkbox"/> Her Zaman	

Cinsiyetiniz erkek ise, lütfen Kronik Prostatit Semptom İndeksini doldurunuz:

<b>1. Geçen hafta, aşağıdaki yerlerden herhangi biri hakkında ağrı veya rahatsızlık yaşadınız mı?</b>	
Rektum ve testisler arasındaki alan (perineum)	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır
Testisler	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır
Penis ucu (idrara çıkma ile ilgili değil)	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır
Belinizin alt bölümü, kasık veya mesane bölgenizde	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır
<b>2. Geçen hafta, şunları deneyimlediniz:</b>	
İdrar yaparken ağrı veya yanma?	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır
Cinsel doruk sırasında(boşalma) veya sonrasında ağrı veya rahatsızlık hissi?	<input type="checkbox"/> 1 Evet <input type="checkbox"/> 2 Hayır
<b>3. Geçen hafta boyunca 1 numaralı soruda bahsedilen alanlardan herhangi birinde (a-d) ne sıklıkta ağrı veya rahatsızlık hissettiniz?</b>	<input type="checkbox"/> 0 Hiç <input type="checkbox"/> 3 Sık Sık <input type="checkbox"/> 1 Nadiren <input type="checkbox"/> 4 Genellikle <input type="checkbox"/> 2 Bazen <input type="checkbox"/> 5 Her Zaman
<b>4. Geçen haftaki günlerde yaşadığınız ağrı veya rahatsızlığınızı ORTALAMA olarak en iyi hangi sayı açıkla?</b>	
Ağrı Yok <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 Şiddetli Ağrı	
<b>5. Geçen hafta idrara çıktıktan sonra mesanenizi tamamen boşaltmama hissiniz oldu mu?</b>	<input type="checkbox"/> 0 Hiç <input type="checkbox"/> 1 5'te 1'inden Az <input type="checkbox"/> 2 Yarısından Az <input type="checkbox"/> 3 Yaklaşık Yarısı <input type="checkbox"/> 4 Yarıdan Fazla <input type="checkbox"/> 5 Her Zaman
<b>6. Geçen hafta idrara çıktıktan iki saat sonra ne sıklıkta tekrar idrar yapmak zorunda kaldınız?</b>	<input type="checkbox"/> 0 Hiç <input type="checkbox"/> 1 5'te 1'inden Az <input type="checkbox"/> 2 Yarısından Az <input type="checkbox"/> 3 Yaklaşık Yarısı <input type="checkbox"/> 4 Yarıdan Fazla <input type="checkbox"/> 5 Her Zaman
<b>7. Belirtileriniz, geçen hafta boyunca genellikle yapacağınız şeyleri yapmanıza engel oldu mu?</b>	<input type="checkbox"/> 0 Hiç <input type="checkbox"/> 1 Sadece Biraz <input type="checkbox"/> 2 Biraz <input type="checkbox"/> 3 Çok
<b>8. Geçen haftaki şikayetleriniz hakkında ne kadar düşündünüz?</b>	<input type="checkbox"/> 0 Hiç <input type="checkbox"/> 1 Sadece Biraz <input type="checkbox"/> 2 Biraz <input type="checkbox"/> 3 Çok
<b>9. Hayatınızın geri kalanını belirtilerinizle geçen haftaki gibi geçirecek olsaydınız, bunu nasıl hissedersiniz?</b>	<input type="checkbox"/> 0 Memnun <input type="checkbox"/> 1 Hoşnut <input type="checkbox"/> 2 Çoğunlukla Memnun <input type="checkbox"/> 3 Karışık (eşit derecede memnun ve memnun değil) <input type="checkbox"/> 4 Çoğunlukla memnun değilim <input type="checkbox"/> 5 Mutsuz <input type="checkbox"/> 6 Korkunç
<b>Skor:</b>	
<b>Ağrı:</b> Toplam 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 ve 4 =	
<b>Üriner Semptomlar:</b> 5 ve 6 =	
<b>Yaşam kalitesi etkisi:</b> Toplam 7,8 ve 9 =	

## 15. Psikososyal Hikaye

Yaşamınızdaki ana stres kaynağı nedir?

- İş  Aile  Ekonomik Problemler  İlişkiler

Stresli zamanlarda ağrınızla ilgili konuştuğunuz kişiler kimlerdir?

- Eşiniz/Partneriniz  Akrabalar  Destek Grupları  Din Adamları  
 Doktor/Hemşire  Arkadaş  Psikolog  Kendi Başımın Çaresine Bakıyorum

Hiç çocukken (13 yaşında veya daha küçükken) istismar veya travma yaşadınız mı? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)

- Duygusal  Fiziksel  Cinsel  Aile İçi Şiddet

Hiç yetişkin olarak istismar gördünüz mü?

- Duygusal  Fiziksel  Cinsel  Aile İçi Şiddet

Şu anda kötüye kullanım yaşıyor musunuz?

- Duygusal  Fiziksel  Cinsel  Aile İçi Şiddet

Hiç ruhsak sağlık tedavisi gördünüz mü?

- İlaçlar  Terapi  Hastanede Yatarak

Halen ruhsal sağlık tedavisi görüyor musunuz?  Evet  Hayır

Eğer evet ise lütfen açıklayınız:

Aşağıdakilerden hangisi veya hangileri hakkında hikayeniz var?

- Depresyon  Anksiyete  Panik Atak  Bipolar Bozukluk  Travma  
 Travma Sonrası Stres Bozukluğu  Yeme Bozukluğu  Hiçbiri hakkında hikayem yok

Hayatınızdaki diğer stres faktörleriyle karşılaştırdığınızda, ağrınızın önemini nasıl karşılaştırırsınız?

- Çok önemli  Birçok problemden yalnızca biri

Semptomlarınızın artmasına neden olabileceğini düşündüğünüz ilişkiler var mı?  Evet  Hayır

Günlük yaşamınızdaki kişiler sizi anlıyor mu?  Evet  Hayır

Bir partneriniz varsa, onu destekleyici olarak nitelendirir misiniz?  Evet  Hayır

Eşiniz ağrı çektiğinizi fark ediyor mu?  Evet  Hayır

Partneriniz canınız yandığında nasıl tepki veriyor? Lütfen açıklayınız:

Ağrınızın hayatınızın diğer alanlarını etkilediğini düşünüyor musunuz?

- Eğitim  Aile  Eğlence Etkinlikleri  İş  
 İş  Arkadaşlar  Cinsel Yakınlık

Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve ifadenin geçen hafta içinde ne kadar uygulandığını gösteren 0, 1, 2 veya 3 sayısını daire içine alın. Yanlış veya doğru cevap yoktur, herhangi bir ifadeye fazla zaman harcamayın.

	Hiç	Bazen	Sıklıkla	Çoğunlukla
Rahatlamayı zor buldum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Ağzımın kuruluşunun farkındaydım	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Hiç olumlu bir duygu hissedemedim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nefes almada zorluk yaşadım (örn. Aşırı hızlı nefes alma, fiziksel efor olmadan nefes darlığı)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Bir şeyler yapmak için girişimde bulunmayı zor buldum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Durumlara (bir şeylere) aşırı tepki gösterme eğilimindeydim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Çok fazla sinirsel enerjisi kullandığımı hissettim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Panik yapabileceğim ve kendimi sersem hissedeceğim durumlar hakkında endişeliydim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Dört gözle bekleyecek bir şeyim olmadığını hissettim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Kendimi tedirgin ederken buldum	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Rahatlamakta zorlandım	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Kendimi yüreksiz ve keyifsiz hissettim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Yaptığım şeyi devam ettirmeyi engelleyen her şeye karşı hoşgörüsüzdüm	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Panik olmaya kendimi yakın hissettim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Hiçbir şey için hevesli olmadım	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Bir insan olarak değerli olmadığımı hissettim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Oldukça hassas olduğumu hissettim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Fiziksel efor olmadığında kalbimin hareketinin farkındaydım (örn. Kalp atış hızı artışı hissi, kalp atışı eksik)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Makul bir sebep olmadan kendimi korkmuş hissettim	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Titreme yaşadım (örneğin ellerde)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

GEÇMİŞ 12 AYDA veya ŞİMDİ şu maddelerden birini kullandınız mı veya kullanıyor musunuz? (Lütfen tüm seçeneklere göz atın)

Madde			Haftada kaç kere?	Bunu ağrı kontrolü için kullanıyor musunuz?
Alkol içer misiniz?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Tütün ve tütün ürünleri	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Kokain/ taş kokain	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Eroin	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Opidler	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Metamfetamin	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Uyarıcı ilaçlar	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Ekstazi	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Psikodelikler	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır
Esrar/THC/Kenevir	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> <1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> >4	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır

Bu formu doldurmaya zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz. Bu bilgiler sağlık uzmanınızın size daha fazla yardımcı olmasını sağlayacaktır. Sadece klinik kullanım içindir:

Değerlendiren sağlık profesyonelinin adı:

Değerlendirme tarihi:

Sağlık profesyonelinin yorumu: