

ACSS¹

Ф.И.О. _____ Возраст _____ Дата заполнения _____

Пожалуйста, укажите, отмечали ли Вы следующие симптомы в течение последних 24 часов, и оцените степень их выраженности
(укажите только один ответ для каждого симптома)

		0	1	2	3	
Typical	1	Учащенное мочеиспускание малыми объемами мочи (частое посещение туалета)	<input type="checkbox"/> Нет. До 4 раз в день	<input type="checkbox"/> Да, чуть чаще, чем обычно 5-6 раз в день	<input type="checkbox"/> Да, заметно чаще чем обычно, 7-8 раз в день	<input type="checkbox"/> Да, очень часто, 9-10 раз в день
	2	Срочные (сильные и неудержимые) позывы к мочеиспусканию	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	3	Боль или жжение при мочеиспускании	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	4	Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	5	Боль или дискомфорт внизу живота	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	6	Наличие крови в моче	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
Общая сумма баллов «Typical»=						
Differential	7	Боль в поясничной области	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	8	Гнойные выделения из половых путей (особенно по утрам)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	9	Гнойные выделения из мочевых путей (вне акта мочеиспускания)	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Да, слабо	<input type="checkbox"/> Да, умеренно	<input type="checkbox"/> Да, сильно
	10	Высокая температура тела (выше 37,5°C) / озноб (если измеряли, укажите значение)	<input type="checkbox"/> Нет <37,5°C	<input type="checkbox"/> Да, слабо 37,6-37,9°C	<input type="checkbox"/> Да, умеренно 38,0-38,9°C	<input type="checkbox"/> Да, сильно >39,0°C
Общая сумма баллов «Differential»=						

Quality of life	11	<p>Пожалуйста, укажите, насколько было выражено чувство дискомфорта, вызванное вышеуказанными симптомами, в течение последних 24 часов (отметьте наиболее подходящий вариант)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 — Никакого дискомфорта (нет никаких симптомов, чувствую себя как обычно)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 — Чуть заметный дискомфорт (чувствую себя чуть хуже обычного)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 — Выраженный дискомфорт (чувствую себя заметно хуже обычного)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 — Очень сильный дискомфорт (чувствую себя ужасно)</p>
	12	<p>Пожалуйста, укажите, насколько вышеуказанные симптомы мешали Вашей повседневной активности/работоспособности в течение последних 24 часов (отметьте наиболее подходящий вариант)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 — Нисколько не мешали (работаю как в обычные дни, без затруднений)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 — Мешали незначительно (незначительное снижение деятельности)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 — Значительно мешали (значительное снижение деятельности, больше сижу дома)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 — Ужасно мешали (практически не могу работать)</p>
	13	<p>Пожалуйста, укажите, насколько вышеуказанные симптомы мешали Вашей общественной активности (поход в гости, встречи с друзьями и т.п.) в течение последних 24 часов (отметьте наиболее подходящий вариант)</p> <p><input type="checkbox"/> 0 — Нисколько не мешали (моя деятельность и активность никоим образом не изменилась, я живу как обычно)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 — Мешали незначительно (незначительное снижение деятельности)</p> <p><input type="checkbox"/> 2 — Значительно мешали (значительное снижение деятельности, больше сижу дома)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 — Ужасно мешали (ужасно, практически не выходила из дому)</p>
Общая сумма баллов «QoL»=		
Additional	14	<p>Пожалуйста, ответьте, имеются ли у Вас на момент заполнения анкеты следующие состояния:</p> <p><input type="checkbox"/> Менструальные выделения</p> <p><input type="checkbox"/> Так называемый предменструальный синдром (ПМС)</p> <p><input type="checkbox"/> Признаки климактерического синдрома</p> <p><input type="checkbox"/> Беременность</p> <p><input type="checkbox"/> Сахарный диабет, выявленный ранее</p>
Risk	15	<p>Что на ваш взгляд вызывает у вас симптомы цистита?</p> <p><input type="checkbox"/> Половой акт</p> <p><input type="checkbox"/> Применение интравагинальных контрацептивов</p> <p><input type="checkbox"/> Переохлаждение</p> <p><input type="checkbox"/> Алкоголь</p> <p><input type="checkbox"/> Острая пища</p>

ВЕРНИТЕ ЛИСТ ВАШЕМУ ЛЕЧАЩЕМУ ВРАЧУ!