

Будь ласка, дайте відповіді на запитання нижче, щоб перевірити, чи відповідаєте ви вимогам здати аналіз крові на ендометріоз.

1.Ви вагітні? ☐ ТАК ☐ НІ

2.Чи застосовували Ви гормональні препарати протягом останніх 3-х місяців? (комбіновані оральні контрацептиви або ті, що містять лише прогестаген, препарати, що стимулюють овуляцію, агоністи ГнРГ)? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо ви хоча б один раз відповіли «так» на наведені вище питання, будь ласка, не проходите тест наразі. Якщо ви двічі відповіли «ні» на запитання вище, ви можете переходити до запитань 3 і 4.

3. Чи причиною виконання тесту є хронічний тазовий біль? ☐ ТАК ☐ НІ

4.Чи є причиною обстеження безпліддя? ☐ ТАК ☐ НІ

Якщо ви двічі відповіли «ні», будь ласка, не проходите тест. Якщо ви хоча б один раз відповіли «так», ви можете проходити тест.

ЗАЯВА пацієнта

Я заявляю, що мене поінформовано та мені відомо про необхідність ознайомлення з лікарем результату (діагностичного висновку) тесту EndomKIT.

повна кількість років

підпис

прізвище, ініціали пацієнта

ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО ТЕСТУ

Тест не призначений для використання вагітними жінками. Тест не призначений для визначення ризику раку яєчників.

Ця анкета запитує про вашу історію хвороби та симптоми, які можуть бути пов'язані з ендометріозом.

Отримані відповіді дуже важливі для визначення остаточного результату тесту та ймовірності ендометріозу. Будь ласка, не залишайте запитання без відповідей.

1.Ви коли-небудь мали оперативне втручання (лапароскопію чи іншу операцію) для перевірки на ендометріоз?

Якщо ви коли-небудь робили операцію з метою виявлення ендометріозу, НАВІТЬ ЯКЩО ЕНДОМЕТРІОЗ НЕ БУЛО ВИЯВЛЕНО, будь ласка, виберіть «Так». Якщо ви робили операцію з іншої причини або ніколи не робили операції, виберіть «Ні». ☐ ТАК ☐ НІ

2. Чи є болісні менструації одним із ваших симптомів, який є причиною поточного тесту на ендометріоз?

Якщо хворобливі менструації були одним із багатьох симптомів, які спонукали вас звернутися до лікаря, і ця консультація в кінцевому підсумку призвела до поточного тесту на ендометріоз, виберіть «Так». В іншому випадку виберіть «Ні». ☐ ТАК ☐ НІ

3.Скільки вам було років, коли ви вперше відчули біль під час статевого акту, якщо взагалі відчули?

☐ 15

☐ 16

☐ 17

☐ 18

☐ 19

☐ 20

☐ 21

☐ 22

☐ 23

☐ 24

☐ 25

☐ 26

☐ 27

☐ 28

☐ 29

☐ 30

☐ 31

☐ 32

☐ 33

☐ 34

☐ 35

☐ 36

☐ 37

☐ 38

☐ 39

☐ 40

☐ 41

☐ 42

☐ 43

☐ 44

☐ 45

☐ 46

☐ 47

☐ 48

☐ 49

☐ 50

☐ 51

☐ 52

☐ 53

☐ 54

☐ 55

☐ —

Це запитання стосується болю під час або протягом 24 годин після статевого акту. Якщо ви не бажаєте відповідати на це запитання або ніколи не мали статевих стосунків, позначте «-» (будь ласка, не залишайте поле порожнім).

4.Скільки вам було років, коли вам вперше поставили діагноз «киста яєчника»?

Якщо у вас коли-небудь лікар діагностував кисту яєчника, вкажіть вік, у якому вона виникла. В іншому випадку або якщо ви не впевнені, поставте позначку «-» (не залишайте поле порожнім). ВІК

5.Скільки вам було років, коли ви почали регулярно вживати знеболюючі (наприклад, ібупрофен або інші)?

Якщо ви коли-небудь застосовували знеболюючі принаймні раз на тиждень протягом 3 місяців або довше, вкажіть, будь ласка, з якого віку ви почали приймати ці ліки регулярно. Якщо ви ніколи цього не робили, позначте «-» (не залишайте поле порожнім). ВІК

6.Як би ви оцінили свій менструальний біль під час останнього циклу? ☐ Немає ☐ Легкий ☐ Помірний ☐ Сильний

Це питання стосується болю в області тазу/низу живота, пов'язаного з менструацією (включаючи нерегулярну кровотечу або кровотечу під час гормональної терапії, але не кров'янисті виділення). Під «тазовим болем» ми маємо на увазі будь-який тип болю (схваткоподібний, колючий, раптовий, колючий біль тощо) у нижній частині живота.