

Skierowanie na test z surowicy krwi EndomKIT

PWZ

pieczętka i podpis lekarza

Oświadczenie pacjentki

Oświadczam, że zostałam poinformowana i jestem świadoma konieczności skonsultowania z lekarzem **otrzymanego wyniku (raportu diagnostycznego) badania testem EndomKIT.**

kod pocztowy pacjentki

wiek

czytelny podpis pacjentki

WSKAZANIA DO TESTU

EndomKIT to test przeznaczony do stosowania u kobiet z podejrzeniem endometriozy w połączeniu z innymi dostępnymi informacjami klinicznymi w celu ułatwienia diagnozy endometriozy.

Test należy wykonać będąc na czczo przynajmniej 10h.

Ten kwestionariusz dotyczy Pani historii klinicznej i objawów, które mogą być związane z endometriozą. Uzyskane odpowiedzi są bardzo ważne do określenia ostatecznego wyniku testu i prawdopodobieństwa wystąpienia endometriozy.

PRZECIWSKAZANIA DO TESTU

Test nie jest przeznaczony do stosowania u kobiet w ciąży. Test nie jest przeznaczony do określania ryzyka nowotworu złośliwego jajnika.

W którym laboratorium można wykonać badanie?

Sprawdź na stronie: www.endomtest.pl, www.exeltis.pl lub zapytaj w laboratorium.

Prosimy o uważne przeczytanie każdego pytania wraz z instrukcjami i nie zostawianie pytań bez odpowiedzi.

1. Czy przeszła Pani w przeszłości operację (laparoskopię lub inny zabieg chirurgiczny) w celu zbadania endometriozy?

Jeśli kiedykolwiek przeszła Pani jakąkolwiek operację w celu wykrycia endometriozy, NAWET JEŚLI NIE WYKRYTO ENDOMETRIOZY, proszę zaznaczyć „Tak”. Jeśli miała Pani operację z innego powodu lub nigdy nie miała Pani żadnej operacji, proszę zaznaczyć „Nie”.

Tak

Nie

2. Czy bolesne miesiączki są jednym z Pani objawów, który jest przyczyną obecnego badania w kierunku endometriozy?

Jeśli bolesne miesiączki były jednym z wielu objawów, które skłoniły Panią do wizyty u lekarza i ta konsultacja ostatecznie doprowadziła do aktualnego badania w kierunku endometriozy, proszę zaznaczyć „Tak”. W przeciwnym razie proszę zaznaczyć „Nie”.

Tak

Nie

3. Ile miała Pani lat, kiedy po raz pierwszy poczuła Pani ból podczas stosunku, jeśli w ogóle?

- 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 —

To pytanie dotyczy bólu podczas lub występującego w ciągu 24 godzin po stosunku. Jeśli nie chce Pani odpowiadać na to pytanie lub nigdy Pani nie współżyła, proszę zaznaczyć „-” (proszę nie zostawiać pustego pola).

4. Ile miała Pani lat, kiedy po raz pierwszy zdiagnozowano u Pani torbiele jajników, jeśli w ogóle?

Jeśli kiedykolwiek otrzymała Pani od lekarza diagnozę torbieli jajnika, proszę podać wiek, w którym to się stało. W przeciwnym razie lub jeśli nie jest Pani pewna, proszę zaznaczyć „-” (proszę nie zostawiać pustego pola).

Wiek

5. Ile miała Pani lat kiedy zaczęła Pani regularnie stosować środki przeciwbólowe (np. Ibuprofen lub inne)?

Jeśli kiedykolwiek stosowała Pani leki przeciwbólowe przynajmniej raz w tygodniu przez okres 3 miesięcy lub dłużej, proszę wskazać, w jakim wieku zaczęła Pani regularnie przyjmować ten lek. Jeśli nigdy Pani tego nie robiła, proszę zaznaczyć „-” (proszę nie zostawiać pustego pola).

Wiek

6. Jak oceniłaby Pani swój ból menstruacyjny podczas ostatniego cyklu?

To pytanie dotyczy bólu w miednicy / dolnej części brzucha związanego z menstruacją (wliczając nieregularne krwawienie lub krwawienie podczas stosowania terapii hormonalnej, ale nie plamienie). Przez „ból w miednicy” rozumiemy każdy rodzaj bólu (skurcze, klucie, ból nagły, przeszywający itp.) w dolnej części brzucha.

Brak

Łagodny

Umiarkowany

Ciężki