

## CZY TO ENDO?

Myślisz, że możesz mieć endometriozę? Ważne jest, abyś nie czuła się zakłopotana ani nie bała się lub wstydziła powiedzieć o tym lekarzowi rodzinnemu, ginekologowi, fizjoterapeucie lub innemu specjalście, pod którego opieką się znajdujesz, a jeśli jesteś nastolatką mamie, opiekunowi lub innej zaufanej osobie dorosłej. Prowadzenie takich rozmów jest całkowicie normalne i niech Cię nie przeraża. Niech Cię też nie zniechęcają komentarze, że wyolbrzymiasz swoje dolegliwości. Konsultuj je do skutku – potwierdzenia lub wykluczenia endo. Wczesne wykrycie i leczenie endometriozy są kluczowe i mogą zapobiec latom niepotrzebnego bólu, cierpienia i potencjalnej bezpłodności. Chociaż operacja miednicy jest jedynym sposobem na potwierdzenie diagnozy, pewne objawy mogą skłonić pracowników służby zdrowia do podejrzenia endometriozy i skierowania Cię na dalsze badania.

Użyj tej ankiety, aby zapisać i podzielić się zaobserwowanymi objawami z lekarzem.

- 
- |          |   |                                 |                                 |   |
|----------|---|---------------------------------|---------------------------------|---|
| <b>1</b> | Czy odczuwasz ból w okolicy miednicy (dolna część brzucha) podczas miesiączki, którego nie da się usunąć lekami dostępnymi bez recepty, takimi jak ibuprofen?             | TAK<br><input type="checkbox"/> | NIE<br><input type="checkbox"/> |   |
| <hr/>    |   |                                 |                                 |   |
| <b>2</b> | Czy jest Ci trudno uczestniczyć w codziennych czynnościach, takich jak uprawianie sportu, spotkania z przyjaciółmi z powodu nadmiernego bólu, wyczerpania lub osłabienia? | TAK<br><input type="checkbox"/> | NIE<br><input type="checkbox"/> |   |
| <hr/>    |   |                                 |                                 |   |
| <b>3</b> | Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie torbiele jajników?  | TAK<br><input type="checkbox"/> | NIE<br><input type="checkbox"/> |   |
| <hr/>    |   |                                 |                                 |   |
| <b>4</b> | Czy u bliskiej krewnej zdiagnozowano torbiele jajników? (mama, babcia, siostra lub ciotka)  | TAK<br><input type="checkbox"/> | NIE<br><input type="checkbox"/> | NIE<br>WIEM<br><input type="checkbox"/> |
|          | Jeśli nie, czy którakolwiek z krewnych kobiet kiedykolwiek doświadczyły objawów wymienionych w tej ankiecie?  |                                 |                                 |   |
| <hr/>    |   |                                 |                                 |   |
| <b>5</b> | Czy u bliskiej krewnej kiedykolwiek zdiagnozowano endometriozę?   | TAK<br><input type="checkbox"/> | NIE<br><input type="checkbox"/> | NIE<br>WIEM<br><input type="checkbox"/> |
|          | Jeśli nie, czy którakolwiek z krewnych kobiet kiedykolwiek doświadczyły objawów wymienionych w tej ankiecie?  |                                 |                                 |   |
- 

Zaznacz wszystkie objawy, których doświadczasz co miesiąc podczas miesiączki:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Skurcze - bardzo bolesne, nie ustępujące po odpoczynku lub dostępnymi bez recepty środkami przeciwbólowymi. Ten ból może powodować, że zwijasz się w kłębek. | <input type="checkbox"/> Nieregularne miesiączki                           |
| <input type="checkbox"/> Krwawienie między miesiączkami   | <input type="checkbox"/> Nudności / wymioty                                |
| <input type="checkbox"/> Nagłe wahania nastroju / niekontrolowany płacz   | <input type="checkbox"/> Bolesne wypróżnienia                              |
| <input type="checkbox"/> Ból w dolnej części pleców i/lub ból nóg   | <input type="checkbox"/> Biegunka / zaparcia                               |
| <input type="checkbox"/> Silne migrenowe bóle głowy   | <input type="checkbox"/> Nadmierne wzdęcia                                 |
| <input type="checkbox"/> Nadmierne zatrzymywanie wody (opuchnięcia)   | <input type="checkbox"/> Problemy z trawieniem / gazy                      |
| <input type="checkbox"/> Bardzo obfite krwawienie i/lub zakrzepy  | <input type="checkbox"/> Bolesny seks<br>(Jeśli jesteś aktywna seksualnie) |
| <input type="checkbox"/> Inne dolegliwości, które Cię niepokoją:  |  |
-