Diagnostyka+

DIAGNOSTYKA S.A. ul. prof. Michała Życzkowskiego 16, 31-864 Kraków
www.diagnostyka.pl, nr rejestru 000000005831

NAZWISKO

IMIĘ

PESEL lub nazwa i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość

DATA URODZENIA D D M M R R

PIECZĘĆ ZLECENIODAWCY*

KOD MATERIAŁU

WIEK PACJENTKI

KOD ODDZIAŁU

MIEJSCE PRZESŁANIA WYNIKÓW

KOD POCZTOWY, ADRES

TELEFON

UWAGA! PRZED WYKONANIEM BADANIA KONIECZNE JEST WYPEŁNIENIE NINIEJSZEGO FORMULARZA

FORMULARZ DO WYKONANIA BADANIA EndomKIT

Wskazania do testu

EndomKIT to test przeznaczony do stosowania u kobiet z podejrzeniem endometriozy (w związku z przewlekłym bólem w miednicy mniejszej lub niepłodnością), w połączeniu z innymi dostępnymi informacjami klinicznymi, w celu ułatwienia diagnozy endometriozy.

Prosimy o zapoznanie się z informacjami poniżej:

Test należy wykonać na czczo (co najmniej 10 godzin).

Przeciwwskazania do testu

Test nie jest przeznaczony dla kobiet stosujących leczenie hormonalne (Złożone doustne środki antykoncepcyjne lub zawierające tylko progestagen, leki stymulujące owulację, antagoniści GnRH) w ciągu ostatnich 3 miesięcy.

Test nie jest przeznaczony do stosowania u kobiet w ciąży oraz nie służy do określenia ryzyka nowotworu złośliwego.

Badanie obejmuje laboratoryjne oznaczenie stężenia markerów (CA125 i BDNF) we krwi oraz raport diagnostyczny. Raport generowany jest z zastosowaniem algorytmu, opracowanego przez producenta testu (Advanced Practical diagnostics BV). Algorytm uwzględnia wyniki markerów oraz dane z poniższego kwestionariusza.

Raport diagnostyczny wskazuje ostateczny wynik testu – pozytywny lub negatywny. Każdy wynik testu wymaga interpretacji przez lekarza, ponieważ tylko lekarz może prawidłowo zinterpretować wyniki w kontekście pozostałych danych klinicznych oraz wyników badań obrazowych i podjąć dalsze decyzje kliniczne.

Test został zwalidowany na grupie pacjentek między 18 a 50 r.ż.

Badanie powinno być wykonane tylko w przypadku spełnienia powyższych zaleceń.

Oświadczam, że zapoznałam się z powyższymi informacjami.

Data i czytelny podpis pacjentki

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

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

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).**

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 ☐	- ☐						

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

Jeśli kiedykolwiek otrzymała Pani 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 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 stosować ten lek. Jeśli nigdy Pani tego nie robiła, proszę wstawić „-" **(proszę nie zostawiać pustego pola).**

wiek ☐

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

To pytanie dotyczy bólu 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, kłucie, ból nagły, przeszywający itp.) w dolnej części brzucha.

Brak ☐ Łagodny ☐ Umiarkowany ☐ Ciężki ☐

*jeśli badanie zlecane jest przez lekarza.