

<http://www.pelvicorganprolapsesupport.org>

POP-RFQ (POP RISK FACTOR QUESTIONNAIRE) /पेल्विक अंग के प्रॉलेस्प के जोखिम कारक की प्रश्नावली

अगर कम से कम तीन महीने से श्रोणि (पेल्विक), योनि, कमर या मलाशय के स्थान के लक्षण, आपके जीवन की गुणवत्ता पर प्रभाव डाल रहे हैं तो आपको पेल्विक अंग का प्रॉलेस्प हो सकता है. आप इस प्रश्नावली का प्रिंट लेकर सारे जवाब दे और अपने प्रसूतिशास्त्री (गायनेकोलॉजिस्ट) या आपके प्राथमिक देखभाल करने वाले डॉक्टर को दिखाइए. योग्य उत्तर को घेरा डालिए.

- | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|
| 1) क्या आपके कम से कम एक शिशु का जन्म योनि प्रसव (नॉर्मल डिलीवरी) से हुआ था ?
कितनी बार नॉर्मल डिलीवरी हुई है यह लिखिए | हाँ. | ना |
| 2) क्या आपके प्रसव का समय लंबा था और क्या किसी डिलीवरी में चिमटी (फॉरसेप्स) अथवा चूषण (सक्शन) पम्प का उपयोग हुआ था? | हाँ. | ना |
| 3) क्या आपके योनि से आंतरिक अंग नीचे की ओर आते, दिखाई देना या महसूस होता है? | हाँ. | ना |
| 4) क्या आपका मासिक धर्म बंद हो गया है (रजोनिवृत्ति)? | हाँ. | ना |
| 5) क्या खासी करते समय, हंसने पर या छींकने पर आपका पेशाब (मूत्र) अपने आप बाहर आता है ? | हाँ. | ना |
| 6) क्या आपको मूत्र (पेशाब) क्रिया शुरू करने में कष्ट होता है? | हाँ. | ना |
| 7) क्या आपका मल (स्टूल) किसी भी समय अपनेआप बाहर आता है? | हाँ. | ना |
| 8) क्या आपने एक साल तक मल त्याग की क्रिया में कष्ट (कब्ज) अनुभव किया है? | हाँ. | ना |
| 9) क्या आप काम करते समय या घर में, भारी वस्तु उठाते हैं? (या बच्चों को उठाते हैं). | हाँ. | ना |
| 10) क्या आप दौड़ने की प्रतियोगिता, जॉगिंग या वजन उठाने वाले खेल-कूद में भाग लेते हैं? | हाँ. | ना |
| 11) क्या आपका गर्भाशय (बच्चादानी) निकाला गया है? | हाँ. | ना |
| 12) क्या आपको लंबे समय से किसी बीमारी या एलर्जी के कारण खासी आ रही है? | हाँ. | ना |
| 13) क्या आपका तंपन (टैम्पोन) अचानक योनि की जगह से हिल जाता है या बाहर आता है? (टैम्पोन एक रुई है जो मासिक धर्म के समय योनि में रखते हैं) | हाँ. | ना |
| 14) क्या आप श्रोणि, योनि या गुदा (ऐनल), अथवा कमर का दर्द महसूस करते हैं? | हाँ. | ना |
| 15) क्या आप योनि या मलाशय के स्थान (गुदा), पर दबाव महसूस करते हैं? | हाँ. | ना |
| 16) क्या आपको संभोग (सेक्स) के समय दर्द होता है? | हाँ. | ना |
| 17) क्या आपको संभोग (सेक्स) के समय उत्तेजना कम महसूस होता है ? | हाँ. | ना |
| 18) क्या आपके शरीर के संयुक्त (जॉइंट) अति-सक्रिय हैं? | हाँ. | ना |

**** यह प्रश्नावली किसी भी डॉक्टर के सुझाव की जगह नहीं ले सकती. इसलिए आपके स्वास्थ्य संबंधी उपाय के लिए आप डॉक्टर की राय ले. ****