

## 低位前切除综合征评估表

该调查问卷的目的是想了解您的肠道功能，每个问题只能勾选一个答案。对某些患者来说，每天的症状多少有点不一样，所以选择一个答案也许有些困难。那么您只需要选出那个最能准确概括您平日状况的答案即可；如果您不巧前一阵子经历了感染，也请忽略这类小插曲所导致的肠道功能的短暂变化，选出最能反映您平日的肠道运作状况的选项。

1. 您是否有过无法控制排气(放屁)的情况？

<input type="checkbox"/> 从来没有	0
<input type="checkbox"/> 有，每周少于1次	4
<input type="checkbox"/> 有，每周至少1次	7
  
2. 您是否有过稀软大便意外漏出的情况？

<input type="checkbox"/> 从来没有	0
<input type="checkbox"/> 有，每周少于1次	3
<input type="checkbox"/> 有，每周至少1次	3
  
3. 您每天排便多少次？

<input type="checkbox"/> 每天（24小时）7次以上	4
<input type="checkbox"/> 每天（24小时）4~7次	2
<input type="checkbox"/> 每天（24小时）1~3次	0
<input type="checkbox"/> 每天（24小时）少于1次	5
  
4. 您是否曾在排便后的一小时内需要再次排便？

<input type="checkbox"/> 从来没有	0
<input type="checkbox"/> 有，每周少于1次	9
<input type="checkbox"/> 有，每周至少1次	11
  
5. 您是否曾因排便急迫感而不得不冲进厕所？

<input type="checkbox"/> 从来没有	0
<input type="checkbox"/> 有，每周少于1次	11
<input type="checkbox"/> 有，每周至少1次	16

总体上来讲，您的肠道状况对您的生活质量造成不良影响了吗？

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 完全没影响 | 0 |
| <input type="checkbox"/> 略微一点点 | 0 |
| <input type="checkbox"/> 有一定程度 | 0 |
| <input type="checkbox"/> 程度显著  | 0 |