Име пацијента:_____

ИБ: _____

Датум: ___.___._____

Тест#: 1 2 3 4

СКАЛА КОНТРОЛЕ ЦРЕВА

(*Bowel Control Scale, BWCS*)

УПУТСТВА

Следећа серија питања се тиче проблема у контроли црева који се могу јавити код МС-а. Многа од ових питања су веома лична, али је ово веома важна тема коју би требало покрити. Ако сами означавате одговоре, молимо Вас да заокружите прикладан одговоре (0, 1, 2,...). Ако Вам је потребна помоћ при означавању, реците испитивачу број који представља најбољи одговор (тј. шта да попуни). Молимо Вас да одговорите на сва питања. ко нисте сигурни који одговор да изаберете, изаберите онај који Вас најприближније описује. Испитивач може објаснити сваку реч или фразу која вам није јасна.

У току претходне 4 недеље колико често сте...

	Не уопште	Једном	Два до четири пута	Више него једном недељно али сваког дана	Сваког дана
1. имали констипацију ?	0	1	2	3	4
2. изгубили контролу над цревима или имали незгоду ?	0	1	2	3	4
3. умало изгубили контролу над цревима или имали незгоду ?	0	1	2	3	4
4. изменили ваше активности због потешкоћа са цревима ?	0	1	2	3	4

4. У току предходне 4 недеље, колико су вас проблеми са цревима ограничавали у важем животном стилу (Молимо заокружите број) ?

Не уопште										Огроман утицај
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10