

## PIS-Q-12

Представленные Вашему вниманию вопросы посвящены Вашей сексуальной жизни. Вся информация конфиденциальна, а Ваши ответы лишь помогут врачу оценить важность сексуальной жизни для Вас.

Пожалуйста, выберите один наиболее подходящий, по Вашему мнению, ответ. При ответе на вопросы оценивайте Вашу сексуальную жизнь **ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ**.

Пожалуйста, впишите дату Вашего рождения:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
день	месяц	год

- 
- 1 Как часто Вы чувствуете сексуальное желание? Это понятие может включать желание сексуальной близости, планирование сексуальных контактов и т.д.
- Ежедневно
- Каждую неделю
- 1 раз в месяц
- Менее 1 раза в месяц
- Никогда
- 
- 2 Испытываете ли Вы оргазм во время полового контакта с Вашим партнером?
- Всегда
- Обычно
- Иногда
- Редко
- Никогда
- 
- 3 Испытываете ли Вы сексуальное возбуждение во время сексуальной близости?
- Всегда
- Обычно
- Иногда
- Редко
- Никогда
- 
- 4 Удовлетворены ли Вы разнообразием Вашей настоящей сексуальной жизни?
- Всегда
- Обычно
- Иногда
- Редко
- Никогда
- 
- 5 Испытываете ли Вы боль во время полового контакта?
- Всегда
- Обычно
- Иногда
- Редко
- Никогда
- 
- 6 Теряете ли Вы мочу во время сексуальной близости?
- Всегда
- Обычно
- Иногда
- Редко
- Никогда
-

---

7 Органичивает ли Вашу сексуальную активность страх потери мочи? Всегда   
Обычно   
Иногда   
Редко   
Никогда

---

8 Избегаете ли Вы половых контактов из-за опущения органов малого таза? Всегда   
Обычно   
Иногда   
Редко   
Никогда

---

9 Испытываете ли Вы во время секса с Вашим партнером такие негативные эмоции как страх, стыд, вина? Всегда   
Обычно   
Иногда   
Редко   
Никогда

---

10 Имеет ли Ваш партнер проблемы с эрекцией, которые отражаются на Вашей сексуальной жизни? Всегда   
Обычно   
Иногда   
Редко   
Никогда

---

11 Имеются ли у Вашего партнера проблемы с эякуляцией (семяизвержением), которые влияют на Вашу сексуальную жизнь? Всегда   
Обычно   
Иногда   
Редко   
Никогда

---

12 Насколько изменилась интенсивность оргазмов за последние 6 месяцев по сравнению с теми, которые были у Вас раньше? Они стали: намного менее интенсивными   
менее интенсивными   
интенсивность не изменилась   
более интенсивными   
намного более интенсивными

---

**Благодарим Вас за заполнение анкеты!**

Если у Вас появились вопросы и желание обсудить данную проблему с врачом, укажите свои координаты:

тел. \_\_\_\_\_