

Questionário IPSS (marque a sua resposta com um círculo)

	Nenhuma Vez	Menos de 1 vez em cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre	
1. No último mês, quantas vezes você ficou com a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após urinar?	0	1	2	3	4	5	
2. No último mês, quantas vezes você teve que urinar novamente antes de 2 horas depois de urinar?	0	1	2	3	4	5	
3. No último mês, quantas vezes você teve o jato urinário interrompido várias vezes enquanto urinava?	0	1	2	3	4	5	
4. No último mês, quantas vezes você teve dificuldade em controlar e evitar o desejo de urinar?	0	1	2	3	4	5	
5. No último mês, quantas vezes você teve o jato urinário fraco?	0	1	2	3	4	5	
6. No último mês, quantas vezes você teve que fazer força para iniciar o ato de urinar?	0	1	2	3	4	5	
	Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes	
7. No último mês, quantas vezes, em média, você teve que levantar da cama à noite para urinar?	0	1	2	3	4	5	
QUALIDADE DE VIDA							
	Feliz	Muito satisfeito	Satisfeito	Regular	Insatisfeito	Muito Insatisfeito	Infeliz
Se você tivesse que o resto da sua vida com sua condição urinária da forma como está hoje, como se sentiria?	0	1	2	3	4	5	6

ICIQ - SF

Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficaríamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (Dia / Mês / Ano)
2. Sexo: Feminino Masculino

3. Com que frequência você perde urina? (assinale uma resposta)

Nunca	<input type="checkbox"/>	0
Uma vez por semana ou menos	<input type="checkbox"/>	1
Duas ou três vezes por semana	<input type="checkbox"/>	2
Uma vez ao dia	<input type="checkbox"/>	3
Diversas vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	4
O tempo todo	<input type="checkbox"/>	5

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

Nenhuma	<input type="checkbox"/>	0
Uma pequena quantidade	<input type="checkbox"/>	2
Uma moderada quantidade	<input type="checkbox"/>	4
Uma grande quantidade	<input type="checkbox"/>	6

5. Em geral quanto que perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não interfere										Interfere muito

ICIQ Score: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____

6. Quando você perde urina?
(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam a você)

Nunca	<input type="checkbox"/>
Perco antes de chegar ao banheiro	<input type="checkbox"/>
Perco quando tusso ou espiro	<input type="checkbox"/>
Perco quando estou dormindo	<input type="checkbox"/>
Perco quando estou fazendo atividades físicas	<input type="checkbox"/>
Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo	<input type="checkbox"/>
Perco sem razão óbvia	<input type="checkbox"/>
Perco o tempo todo	<input type="checkbox"/>

“Obrigado por você ter respondido às questões”