

KWESTIONARIUSZ OCENY ZABURZEŃ ODDAWANIA MOCZU (IPSS)

Data: ____ - ____ - ____ Imię i nazwisko pacjenta: _____ Wiek: _____

Kwestionariusz został zaprojektowany, aby obiektywnie ocenić zaburzenia oddawania moczu. Na każde pytanie należy odpowiedzieć zaznaczając tylko jedną odpowiedź, która najlepiej określa Pana odczucia. Proszę zakreślić kołem. Uwaga! Pytania dotyczą stanu zdrowia **w ciągu ostatnich czterech tygodni!**

Jak często miał Pan uczucie niecałkowitego opróżnienia pęcherza po oddaniu moczu?	Nigdy	Mniej niż 1 raz na 5 razy	Mniej niż połowa	Okolo połowa	Więcej niż połowa	Prawie zawsze
Jak często musiał Pan oddawać mocz ponownie w czasie krótszym niż dwie godziny po jego poprzednim oddaniu?	Nigdy	Mniej niż 1 raz na 5 razy	Mniej niż połowa	Okolo połowa	Więcej niż połowa	Prawie zawsze
Jak często zaobserwował Pan przerywany strumień moczu (zacinanie się)?	Nigdy	Mniej niż 1 raz na 5 razy	Mniej niż połowa	Okolo połowa	Więcej niż połowa	Prawie zawsze
Jak często miał Pan uczucie nagłej konieczności oddania moczu?	Nigdy	Mniej niż 1 raz na 5 razy	Mniej niż połowa	Okolo połowa	Więcej niż połowa	Prawie zawsze
Jak często obserwował Pan słaby strumień moczu?	Nigdy	Mniej niż 1 raz na 5 razy	Mniej niż połowa	Okolo połowa	Więcej niż połowa	Prawie zawsze
Jak często musiał Pan wysilać się (przeć), aby rozpocząć oddawanie moczu?	Nigdy	Mniej niż 1 raz na 5 razy	Mniej niż połowa	Okolo połowa	Więcej niż połowa	Prawie zawsze
Ile razy w ciągu nocy (średnio) musiał Pan wstawać, aby oddać mocz?	0	1	2	3	4	5

Ocena jakości życia

Jakby się Pan czuł, gdyby dolegliwości ze strony układu moczowego utrzymywały się w dalszym ciągu na obecnym poziomie?	Dobrze	Raczej dobrze	Średnio	Raczej źle	Źle	Bardzo źle
--	--------	---------------	---------	------------	-----	------------

Wypełnia lekarz:

Wynik punktowy: _____ (0-11 pkt łagodne, 12-23 pkt umiarkowane, 24-35pkt ciężkie)