

No del participante

ICIQ-MLUTS (Spanish) 10/05

CONFIDENCIAL

D

D

M

M

A

A

Fecha de hoy

Cuestionario síntomas urinarios

Estamos intentando descubrir qué clase de síntomas tienen los hombres con molestias prostáticas, así como qué tipo de problema suponen para ellos estas molestias. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en como se ha encontrado en las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS.

%a. ¿Tarda un poco en poder comenzar a orinar?

nunca 0algunas veces 1bastantes veces 2la mayoría de las veces 3siempre 4

%b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
no me afectan nada me afectan mucho

&a. ¿Tiene que hacer fuerza para continuar orinando?

nunca 0algunas veces 1bastantes veces 2la mayoría de las veces 3siempre 4

&b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
no me afectan nada me afectan mucho

' a. ¿Con qué fuerza diría usted que le fluye el flujo urinario?

normal	<input type="checkbox"/>	0
algunas veces disminuida	<input type="checkbox"/>	1
bastantes veces disminuida	<input type="checkbox"/>	2
la mayoría de las veces disminuida	<input type="checkbox"/>	3
siempre disminuida	<input type="checkbox"/>	4

' b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?
Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no me afectan nada										me afectan mucho

(a. ¿Para y vuelve a empezar de nuevo más de una vez mientras que orina?

nunca	<input type="checkbox"/>	0
algunas veces	<input type="checkbox"/>	1
bastantes veces	<input type="checkbox"/>	2
la mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>	3
siempre	<input type="checkbox"/>	4

(b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?
Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no me afectan nada										me afectan mucho

) a. ¿Cuántas veces tiene usted la sensación de que la vejiga no se ha vaciado correctamente después de haber orinado?

nunca	<input type="checkbox"/>	0
algunas veces	<input type="checkbox"/>	1
bastantes veces	<input type="checkbox"/>	2
la mayoría de las veces	<input type="checkbox"/>	3
siempre	<input type="checkbox"/>	4

) b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?
Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no me afectan nada										me afectan mucho

VS: sume las puntuaciones de las preguntas %) ☐ ☐

*** a. ¿Tiene usted que apurarse para ir al servicio a orinar?**

- nunca ☐ 0
 algunas veces ☐ 1
 bastantes veces ☐ 2
 la mayoría de las veces ☐ 3
 siempre ☐ 4

*** b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?**

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no me afectan nada me afectan mucho

+a. ¿Pierde algo de orina antes de llegar al servicio?

- nunca ☐ 0
 algunas veces ☐ 1
 bastantes veces ☐ 2
 la mayoría de las veces ☐ 3
 siempre ☐ 4

+b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no me afectan nada me afectan mucho

, a. ¿Pierde orina cuando tose o estornuda?

- nunca ☐ 0
 algunas veces ☐ 1
 bastantes veces ☐ 2
 la mayoría de las veces ☐ 3
 siempre ☐ 4

8b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no me afectan nada me afectan mucho

9a. ¿Pierde alguna vez orina sin una razón obvia y sin tener la sensación de que quiere ir al servicio?

- nunca ☐ 0
 algunas veces ☐ 1
 bastantes veces ☐ 2
 la mayoría de las veces ☐ 3
 siempre ☐ 4

9b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no me afectan nada me afectan mucho

10a. ¿Tiene pérdida de orina cuando está dormido?

- nunca ☐ 0
 algunas veces ☐ 1
 bastantes veces ☐ 2
 la mayoría de las veces ☐ 3
 siempre ☐ 4

10b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no me afectan nada me afectan mucho

11a. ¿Con qué frecuencia ha humedecido usted algo los calzoncillos pocos minutos después de haber terminado de orinar y de vestirse?

- nunca ☐ 0
 algunas veces ☐ 1
 bastantes veces ☐ 2
 la mayoría de las veces ☐ 3
 siempre ☐ 4

11b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 no me afectan nada me afectan mucho

IS: sume las puntuaciones de las preguntas 6-11

12a. ¿Durante el día, cuántas veces orina, por término medio?

- | | | |
|-------------|--------------------------|---|
| 1-6 veces | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 7-8 veces | <input type="checkbox"/> | 1 |
| 9-10 veces | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 11-12 veces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| 13 o más | <input type="checkbox"/> | 4 |

12b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no me afectan nada										me afectan mucho

13a. ¿Durante la noche, cuántas veces tiene que levantarse a orinar, por término medio?

- | | | |
|--------------------|--------------------------|---|
| ninguna vez | <input type="checkbox"/> | 0 |
| una vez | <input type="checkbox"/> | 1 |
| dos veces | <input type="checkbox"/> | 2 |
| tres veces | <input type="checkbox"/> | 3 |
| cuatro o más veces | <input type="checkbox"/> | 4 |

13b. ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
no me afectan nada										me afectan mucho

© ICSmaleSF

Muchas gracias por contestar estas preguntas.