

QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

(nel caso in cui il paziente non sia in grado di compilare direttamente il questionario, questo deve essere compilato dalla persona che lo assiste)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____

1. **Quanto spesso le capita di perdere urina?** Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

0.	Mai	0
1.	Meno di una volta a settimana	1
2.	Circa una volta alla settimana	2
3.	Due o tre volte alla settimana	3
4.	Circa una volta al giorno	4
5.	Più volte al giorno	5
6.	Perdo urina in continuazione	6
Punteggio		

2. **Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?** Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

a.	Non perdo urina	0
b.	Perdo piccole quantità di urina	2
c.	Perdo modeste quantità di urina	4
d.	Perdo abbondanti quantità d'urina	6
Punteggio		

3. **Nel complesso, quanto la sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la sua vita quotidiana da 0 a 10?** (rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente) Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

0		4		8	
1		5		9	
2		6		10	
3		7			

4. **Quando le capita di perdere urina?** Mettere una "X" nella casella corrispondente alla risposta scelta

- Mai Perdo urina ancor prima di essere giunta/o in bagno
 Con colpi di tosse e gli starnuti Quando sono coricata/o

Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica

Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo

Senza una particolare ragione

Incontinenza continua

Questa domanda non genera punteggio

FIRMA DI CHI COMPILA

IN QUALITA' DI
