

Nº del participante

ICIQ-OAB (Spanish) 10/05

CONFIDENCIAL

D D M M A A

Fecha de hoy

Cuestionario sobre vejiga hiperactiva

En las siguientes preguntas, piense sobre los síntomas generales de su vejiga durante las últimas 4 semanas y el efecto que han tenido en su vida. Responda a cada pregunta lo mejor posible indicando la frecuencia en que se ha sentido así. Marque una \checkmark o \times en la casilla que mejor responda a cada pregunta.

1. Por favor escriba la fecha de su nacimiento:

DÍA

MES

AÑO

2. Usted es (señale cual):

Mujer Varon

3a. ¿Durante el día, cuántas veces orina, por término medio?

1-6 veces 07-8 veces 19-10 veces 211-12 veces 313 o más 4

3b. ¿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

4a. ¿Durante la noche, cuántas veces tiene que levantarse a orinar, por término medio?

ninguna vez 0una vez 1dos veces 2tres veces 3cuatro o más veces 4

4b. ¿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

5a. ¿Tiene usted que apurarse para ir al servicio a orinar?

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

5b. ¿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

6a. ¿Pierde algo de orina antes de llegar al servicio?

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

6b. ¿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

© ICSmale/BFLUTS

Muchas gracias por contestar esta preguntas.