

Опросник раннего выявления урологических заболеваний

IPSS(International Symptom Score)

Шкала оценки симптомов нижних мочевых путей

Дата вашего рождения:

--	--	--	--	--	--	--	--

Дата заполнения _____

1. Как часто в течение последнего месяца у Вас было ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?

- 0 О Никогда
- 1 О Реже, чем один раз в неделю
- 2 О Реже, чем в половине случаев
- 3 О Примерно в половине случаев
- 4 О Чаще в половине случаев
- 5 О Почти всегда

2. Как часто в течение последнего месяца у Вас была потребность помочиться чаще, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания?

- 0 О Никогда
- 1 О Реже, чем один раз в неделю
- 2 О Реже, чем в половине случаев
- 3 О Примерно в половине случаев
- 4 О Чаще в половине случаев
- 5 О Почти всегда

3. Как часто в течение последнего месяца у Вас имелось прерывистое мочеиспускание?

- 0 О Никогда
- 1 О Реже, чем один раз в неделю
- 2 О Реже, чем в половине случаев
- 3 О Примерно в половине случаев
- 4 О Чаще в половине случаев
- 5 О Почти всегда

4. Как часто в течение последнего месяца Вам было трудно временно воздержаться от мочеиспускания?

- 0 О Никогда
- 1 О Реже, чем один раз в неделю
- 2 О Реже, чем в половине случаев
- 3 О Примерно в половине случаев
- 4 О Чаще в половине случаев
- 5 О Почти всегда

5. Как часто в течение последнего месяца у Вас была слабая струя мочи?

- 0 О Никогда
- 1 О Реже, чем один раз в неделю
- 2 О Реже, чем в половине случаев
- 3 О Примерно в половине случаев
- 4 О Чаще в половине случаев
- 5 О Почти всегда

6. Как часто в течение последнего месяца Вам приходилось натуживаться, чтобы начать мочеиспускание?

- 0 О Никогда
- 1 О Реже, чем один раз в неделю
- 2 О Реже, чем в половине случаев
- 3 О Примерно в половине случаев
- 4 О Чаще в половине случаев
- 5 О Почти всегда

7. Сколько раз ночь Вы обычно встаете с постели, чтобы помочиться(в течение последнего месяца)?

- 0 О 0 раз
- 1 О 1 раз
- 2 О 2 раза
- 3 О 3 раза
- 4 О 4 раза
- 5 О 5 раз

Благодарим Вас за заполнение анкеты!

Укажите свои координаты!

Ф.И.О. _____

Адрес _____

Телефон _____

Итоговый бал:

Если сумма баллов в анкете больше 0, то
вам рекомендовано обратиться к врачу