Cuestionario de Vejiga Hiperactive

CHOPRA UROLOGY
Sameer Chopra MD PLLC

Nombre: NAC: Fecha:

Determine sus síntomas de VAH: Encierre en un círculo sus respuestas y sume sus puntuaciones al final. Complete cada una de las tres secciones. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

SECCIÓN UNO:

Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida te molestó...?	Para Nada	Rara Vez	Algo - Una Vez al dia	Bastante – Tres Veces al Dia	Mas o menos la mitad del tiempo	Casi Siempre
Orinar incómodamente?	1	2	3	4	5	6
Una repentina necesidad de orinar con poca o ninguna advertencia?	1	2	3	4	5	6
Pérdida accidental de pequeñas cantidades de orina?	1	2	3	4	5	6
Orinar en la noche?	1	2	3	4	5	6
Despertarse por la noche porque tiene que orinar?	1	2	3	4	5	6
Pérdida de orina asociada a un fuerte deseo de orinar?	1	2	3	4	5	6
Agregar puntuación de síntomas	+	+	+	+	+	

Total = _____

SECCIÓN DOS:

Calidad de Vida (QoL)	No me molesta para nada						Me molesta muchisimo
Si pasaras el resto de tu vida con tu condición urinaria tal como está ahora, ¿cómo te sentirías al respecto?	0	1	2	3	4	5	6

SECCIÓN TRES:

Opciones		
¿Estaría interesado en conocer nuestras opciones de tratamiento?	Sí	No

SECCIÓN CUATRO:

Problemas fecales		
¿Tiene pérdidas de heces o urgencia fecal?	Sí	No

INDEPENDIENTEMENTE DE SU PUNTAJE, SI SUS SÍNTOMAS SON MOLESTOS, NOTIFIQUE A SU MÉDICO.