

Numero del/della paziente

ICIQ-OAB (Italian) 10/05

CONFIDENZIALE

G G M M A A

Data di oggi

Questionario sulla vescica iperattiva

Per le domande che seguono, la preghiamo di pensare ai suoi sintomi della vescica in generale nelle ultime 4 settimane e a quanto questi sintomi hanno influito sulla sua vita di tutti i giorni. Risponda come meglio può a ciascuna domanda su quanto spesso si è sentito/a in questo modo. Per ciascuna domanda la preghiamo di fare una * nella casella che esprime meglio la sua situazione.

1. Data di nascita:

GIORNO

MESE

ANNO

2. Sesso (faccia una crocetta su una sola casella):F M **3a. In media quante volte al giorno Lei urina?**Da 1 a 6 volte 0Da 7 a 8 volte 1Da 9 a 10 volte 2Da 11 a 12 volte 3Da 13 o più volte 4**3b. Quant' è grave questo problema per Lei?**

La preghiamo di fare un cerchietto attorno ad un numero tra 0 (non è un problema) e 10 (é un problema serio).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
non è un problema é un problema serio

4a. In media quante volte per notte Lei si alza per urinare?mai 0una volta 1due volte 2tre volte 3quattro o più volte 4**4b. Quant' è grave questo problema per Lei?**

La preghiamo di fare un cerchietto attorno ad un numero tra 0 (non è un problema) e 10 (é un problema serio).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
non è un problema é un problema serio

