



Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

<b>Cuestionario Internacional de puntuación de síntoma de próstata</b>	Nunca	Menos de 1 Vez en 5	Menos de la mitad de las veces	Aprox. la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre	
<b>1. VACIADO INCOMPLETO</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué frecuentemente ha tenido la sensación de que la vejiga no se le ha vaciado por completo al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5	
<b>2. FRECUENCIA</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que orinar otra vez menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5	
<b>3. INTERMITENCIA</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que interrumpir el orinar y empezar de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5	
<b>4. URGENCIA</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente le ha sido difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5	
<b>5. CHORRO DÉBIL</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido un chorro débil al orinar?	0	1	2	3	4	5	
<b>6. ESFUERZO</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que pujar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5	
<b>7. NOCTURIA</b> Durante el último mes aproximadamente, ¿cuántas veces típicamente se tuvo que levantar para orinar entre la hora que se acostó en la noche y la hora que se levantó en la mañana?	<b>Veces por la noche</b>						
	0	1	2	3	4	5	
<b>TOTAL PROSTATE SYMPTOM SCORE :</b>							
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Encantado	Feliz	Muy satisfecho	Neutral	Muy insatisfecho	Infeliz	Terrible
¿ Cómo se sentiría si tuviera que vivir con su padecimiento urinario tal y como le afecta actualmente, es decir sin que se mejore o se empeore, durante el resto de su vida?	0	1	2	3	4	5	6

*Expert, compassionate care for all your genitourinary needs.*