


IPSS

Nombre del paciente:	Fecha de nac.:			Día completo:			
 Urólogo	Nunca	Menos de 1 de cada 5 veces	Menos de la mitad de las veces	Alrededor de la mitad de las veces	Mas de la mitad de las veces	Casi siempre	Puntuación
	1 Vaciado Incompleto Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2 Frecuencia Durante el mes pasado ¿ Con qué frecuencia tuvo que volver a orinar en un lapso de no menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5	
3 Intermitencia Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia noto que se detenía y volvía a empezar varias veces mientras estaba orinando?	0	1	2	3	4	5	
4 Urgencia Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia le resultó difícil posponer la micción?	0	1	2	3	4	5	
5 Chorro debil Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia tuvo un chorro de orina bédil?	0	1	2	3	4	5	
6 Estreñimiento Durante el mes pasado, ¿Con qué frecuencia tuvo que pujar o hacer fuerza para poder empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5	
	0 veces	1 vez	2 vez	3 vez	4 vez	5 o más veces	
7 Nocturia Durante el mes pasado, en general ¿Cuántas veces se levanto a orinar desde el momento en que se acostó?	0	1	2	3	4	5	

(Haga un círculo alrededor de la opción alrededor de la opción que mejor se representa la cantidad de veces promedio que se despierta cada noche)

Puntaje de calidad de vida							
	contento	satisfecho	principalmente sdsatisfecho	Combinado	Principalmente insatisfecho	insatisfecho	mal
Calidad de Vida debido a síntomas urinarios ¿Cómo se sentiría si tuviera que vivir en su afección urinaria de la forma en que está ahora (ni mejor ni peor) durante el resto de su vida?	0	1	2	3	4	5	6

(Haga un círculo alrededor de la opción alrededor de la opción que mejor se representa la cantidad de veces promedio que se despierta cada noche)