

➤ Leia atentamente o teste e leve preenchido em sua próxima consulta.

Escore de sintomas I-PSS e Qualidade de Vida

I-PSS	Nenhuma vez	Menos de 1 vez em 5	Menos da metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais da metade das vezes	Quase sempre	
1- No último mês, quantas vezes, em média você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga, após terminar de urinar?	0	1	2	3	4	5	
2- No último mês, quantas vezes, em média, você teve que urinar novamente em menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5	
3- No último mês, quantas vezes, em média, você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5	
4- No último mês, quantas vezes, em média, você observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5	
5- No último mês, quantas vezes, em média, você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5	
6- No último mês, quantas vezes, em média, você teve que fazer força para urinar?	0	1	2	3	4	5	
7- No último mês, quantas vezes, em média, você teve que se levantar à noite para urinar?	Nenhuma	1x	2x	3x	4x	5x ou +	
	0	1	1	3	4	5	
QL- Se você tivesse que passar o resto de sua vida com sua condição urinária da forma com está hoje, como se sentiria?	Ótimo	Muito Bem	Satisfeito	Mais ou menos	Insatisfeito	Mal	Péssimo
	0	1	2	3	4	5	6

TOTAL: