

## Kwestionariusz Międzynarodowej Skali Punktowej Towarzyszących Chorobom Prostaty (IPSS)

<b><u>OBJAWY</u></b>	nigdy	mniej niż raz na pięć razy	mniej niż połowę razy	około połowę razy	ponad połowę razy	zawsze
Jak często w ciągu ostatniego miesiąca było uczucie nieopóźnienia pęcherza po zakończeniu oddawania moczu?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Jak często w ciągu ostatniego miesiąca trzeba było oddawać ponownie mocz w dwie godziny od ostatniego oddawania moczu?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Jak często w ciągu ostatniego miesiąca odczuwany był przerywany strumień moczu (zacinanie się) ?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Jak często w ciągu ostatniego miesiąca było uczucie trudności we wstrzymywaniu oddawania moczu?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Jak często w ciągu ostatniego miesiąca było uczucie słabego strumienia oddawanego moczu?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Jak często w ciągu ostatniego miesiąca była konieczność silnego parcia, aby oddać mocz?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	wcale	raz	2 razy	3 razy	4 razy	5 razy i więcej
W ciągu ostatniego miesiąca, jak często trzeba było oddawać mocz w czasie nocy?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### **Ocena jakości życia**

	świetnie	dobrze	raczej dobrze	średnio	raczej źle	źle	bardzo źle
Jakby się Pan czuł, gdyby dolegliwości ze strony układu moczowego utrzymywały się w dalszym ciągu na obecnym poziomie?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

WYNIK (suma punktów) .....

0 - 7 Objawy o niewielkim nasileniu

8 - 19 Objawy o umiarkowanym nasileniu

20 - 35 Objawy o znacznym nasileniu