

Fecha de hoy _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono _____

Médico _____

Su puntuación según el IPSS

El Índice internacional de síntomas prostáticos (IPSS) se utiliza para definir la gravedad de los síntomas de la HBP. Para calcular su puntuación, evalúe sus síntomas en función de su experiencia durante el último mes.

Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha...	NUNCA	MENOS DE 1 DE CADA 5 VECES	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES	MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE	PUNTUACIÓN
1. tenido la sensación de no haber vaciado totalmente la vejiga después de orinar?	0	1	2	3	4	5	
2. tenido que orinar de nuevo al cabo de menos de dos horas después de la última micción?	0	1	2	3	4	5	
3. interrumpido y reanudado varias veces la micción?	0	1	2	3	4	5	
4. tenido dificultades para posponer la micción?	0	1	2	3	4	5	
5. producido un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5	
6. tenido que empujar o hacer esfuerzos para iniciar la micción?	0	1	2	3	4	5	
	NUNCA	1 VEZ	2 VECES	3 VECES	4 VECES	+ DE 5 VECES	PUNTUACIÓN
7. Durante el último mes, ¿cuántas veces se ha levantado para ir a orinar, desde que se acostó por la noche hasta que se levantó por la mañana (indique la cifra más frecuente)?	0	1	2	3	4	5	
PUNTUACIÓN TOTAL DE LOS SÍNTOMAS							

Calidad de vida debido a síntomas urinarios	ENCANTADO	COMPLACIDO	BASTANTE SATISFECHO	NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	BASTANTE INSATISFECHO	DESCONTENTO	MUY MAL
8. Si fuera a pasar el resto de su vida con su afección urinaria exactamente igual que en la actualidad, ¿cómo se sentiría al respecto?	0	1	2	3	4	5	6

La puntuación total posible oscila entre 0 y 35 con la siguiente correlación de síntomas de HBP:
0-7 síntomas leves, 8-19 síntomas moderados, 20-35 síntomas graves

Encuesta sobre la satisfacción con el tratamiento de la HBP a base de medicamentos

Medicamentos actuales para la HBP: _____

¿Cuánto tiempo hace que toma medicamentos para la HBP?

- 0-3 meses 3-6 meses 6-12 meses 1 año o más

Desde que empezó a tomar medicamentos para la HBP, ¿ha experimentado alguno de los siguientes efectos secundarios? (Marque todas las casillas que correspondan)

Síntoma	¿Nuevo o continuo?
<input type="checkbox"/> Micción intermitente (interrumpida y reanudada)	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP
<input type="checkbox"/> Chorro débil durante la micción	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP
<input type="checkbox"/> Incapaz de vaciar completamente la vejiga (se siente como si hubiera más, incluso después de ir al baño)	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP
<input type="checkbox"/> Micción dolorosa	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP
<input type="checkbox"/> Necesidad frecuente de orinar: de día, de noche o ambos	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP
<input type="checkbox"/> Necesidad repentina o imperiosa de orinar	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP
<input type="checkbox"/> Pérdida de orina con poco o nulo preaviso (a veces no da tiempo de llegar al baño)	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP
<input type="checkbox"/> Jaquecas	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP
<input type="checkbox"/> Disminución o interrupción del líquido eyaculador	<input type="checkbox"/> Nuevo desde inicio medicamentos para HBP <input type="checkbox"/> Continuo desde inicio medicamentos para HBP

En una escala del 0 al 10, en la que 0 significa ningún alivio de los síntomas y 10 significa alivio completo, ¿cuánto alivio le han proporcionado estos medicamentos? Marque el número con un círculo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ningún alivio Alivio completo

En una escala del 0 al 10, en la que 0 significa que no siente ninguna frustración y 10 significa que se siente sumamente frustrado, ¿cuál es su nivel de frustración respecto a sus síntomas de HBP? Marque el número con un círculo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ninguna frustración Sumamente frustrado

¿Le interesaría recibir información sobre un nuevo tratamiento de la HBP?

- Sí No

¿Desea que su médico le haga una recomendación?

- Sí No