

* **Durante il giorno, quante volte in media va a urinare?**

- Da 1 a 6 volte
- Da 7 a 8 volte
- Da 9 a 10 volte
- Più di 13

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Durante la notte quante volte si alza ad urinare?**

- Nessuna
- 1
- 2
- 3
- 4 o più

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Deve correre per andare in bagno?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Perde urina prima di andare in bagno?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Ha dolore alla vescica?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Quante volte perde urina?**

- Mai
- 1 volta alla settimana
- 2-3 volte alla settimana
- 1 volta al giorno
- Più volte al giorno

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Perde urina quando tossisce, starnutisce o fa movimento?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Perde urina senza accorgersene?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Quanta urina perde?**

- Non perdo
- Poche gocce (mutande asciutte)
- Piccole quantità (mutande bagnate)
- Discrete quantità (indumenti bagnati)
- Abbondante quantità (lungo le gambe e sul pavimento)

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Cambia mutande più volte al giorno o usa assorbenti?**

- Cambio le mutande
- Uso miniassorbenti
- Uso pannolini
- Uso pannoloni

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

***Deve usare vestiti appropriati per nascondere l'incontinenza?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

***Fa fatica a cominciare a urinare?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

***Deve spingere quando urina?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

***Mentre urina le capita di interrompersi involontariamente e dover poi riprendere a urinare?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

***Perde urina durante il sonno?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Come definirebbe la spinta del suo getto?**

- Normale
- Relativamente fiacca
- Abbastanza fiacca
- Molto fiacca
- Non riesco ad urinare

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Le è mai capitato di bloccarsi completamente e di aver bisogno di un catetere?**

- No
- 1 volta
- 2 volte
- Più di 2 volte

* **Ha bruciore quando urina?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Quante volte ha la sensazione di non essersi svuotata completamente?**

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Riesce ad interrompere il getto quando urina?**

- Facilmente
- Con difficoltà
- No

Attività sessuale

* **Ha la vagina "secca" che le procura fastidio e dolore?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **ha una vita sessuale regolare?** se sì risponda alla domanda (se no non risponda)

* **I disturbi urinari influenzano la sua vita sessuale?**

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Ha dolore durante i rapporti sessuali?**

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Perde urina durante i rapporti sessuali?**

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

Stile di vita

* **È costretta a bere meno per ridurre i disturbi urinari?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **In che misura i disturbi urinari limitano la sua attività quotidiana (pulizia casa, spesa, ecc)**

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Se sa che in un luogo non c'è un bagno a disposizione, ci va ugualmente?**

- No
- Qualche volta
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Quanto interferiscono i disturbi urinari sulla sua attività fisica?**

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Quanto interferiscono i disturbi urinari sulla sua vita sociale (cene, amici, shopping, ecc)**

- Mai
- Raramente
- Spesso
- Quasi sempre
- Sempre

Ciò le crea problemi?

- No
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Nel complesso quanto incidono i disturbi urinari sul suo stile di vita?**

- Per nulla
- Un poco
- Abbastanza
- Molto

* **Da quanto tempo i disturbi urinari le creano problemi?**

- Da meno di 1 anno
- Da 1-2 anni
- Da 2-3 anni
- Da più di 3 anni

* **Se dovesse passare il resto della sua vita con questi disturbi, come si sentirebbe?**

- Indifferente
- Ugualmente serena
- Abbastanza serena
- Non del tutto serena
- Insoddisfatta
- Decisamente insoddisfatta
- Disperata

* **Qual'è il disturbo che al momento le dà più fastidio? (può elencarne anche più di uno)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....