

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA BEXIGA HIPERACTIVA

SEXO IDADE

Data: ___/___/___

As perguntas deste questionário são sobre os incómodos causados por sintomas relacionados com a bexiga. Algumas pessoas sofrem destes sintomas e podem não se dar conta de que eles têm tratamento. Por favor faça um "X" no número correspondente a resposta que melhor descreve quanto cada sintoma o(a) incomoda. Some o valor de todas as suas respostas para obter o resultado e anote-o no quadro abaixo.

| O quanto você tem sido incomodado(a) por... | Nada | Quase nada | Um pouco | Moderadamente | Muito | Muitíssimo |
|---|------|------------|----------|---------------|-------|------------|
| 1. Urinar frequentemente durante o dia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Uma vontade urgente e desconfortável de urinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Uma vontade repentina e urgente de urinar, com pouco ou nenhum aviso prévio? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Perdas acidentais de pequenas quantidades de urina? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Urinar na cama durante a noite? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Acordar durante a noite porque teve de urinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Uma vontade incontrolável e urgente de urinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Perda de urina associada a forte vontade de urinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você é do sexo masculino?

Se você for do sexo masculino, some 2 pontos ao seu resultado.

Some o valor das suas respostas às perguntas acima.

Se o resultado for 8 ou mais de 8, você pode ter bexiga hiperactiva.

Leve o questionário preenchido ao seu médico.