

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.