

## QUESTIONARIO PER IL PAZIENTE

(nel caso in cui il paziente non sia in grado di compilare direttamente il questionario, questo deve essere compilato dalla persona che lo assiste)

### ICI-Q-SF

**Cognome e nome**

**Data di nascita**

**1. Quanto spesso Le capita di perdere urina?**

- 0. mai
- 1. meno di una volta a settimana
- 2. Circa una volta alla settimana
- 3. Due o tre volte alla settimana
- 4. Circa una volta al giorno
- 5. Più volte al giorno
- 6. Perdo urina in continuazione

|   |
|---|
| 0 |
| 1 |
| 2 |
| 3 |
| 4 |
| 5 |
| 6 |

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

**No**

compilare

**2. Quanta urina perde per ogni singolo episodio di perdita?**

- a. Non perdo urina
- b. Perdo piccole quantità di urina
- c. Perdo modeste quantità di urina
- d. Perdo abbondanti quantità d'urina

|   |
|---|
| 0 |
| 2 |
| 4 |
| 6 |

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

**No**

Compilare

**3. Nel complesso, quanto la Sua incontinenza urinaria interferisce negativamente con la Sua vita quotidiana da 0 a 10? BARRARE IL NUMERO (rispondere solo se il questionario è compilato direttamente dal paziente)**

|   |  |
|---|--|
| 0 |  |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |

|    |  |
|----|--|
| 5  |  |
| 6  |  |
| 7  |  |
| 8  |  |
| 9  |  |
| 10 |  |

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Punteggio

**No**

compilare

**4. Quando Le capita di perdere urina?**

- a. Mai
- b. Perdo urina ancor prima di essere giunta in bagno
- c. Con i colpi di tosse e gli starnuti
- d. Quando sono coricata
- e. Durante lo svolgimento di qualsiasi attività fisica
- f. Quando ho terminato di urinare e mi sto rivestendo
- g. Senza una particolare ragione
- h. Incontinenza continua

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Mettere una "x" nella casella corrispondente alla risposta scelta

Questa domanda non genera punteggio

Data.....

Firma.....


