

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 | 0 | |
| 1. meno di una volta a settimana | 1 | |
| 2. Circa una volta alla settimana | 2 | |
| 3. Due o tre volte alla settimana | 3 | |
| 4. Circa una volta al giorno | 4 | |
| 5. Più volte al giorno | 5 | |
| 6. Perdo urina in continuazione | 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 | 0 | |
| b. Perdo piccole quantità di urina | 2 | |
| c. Perdo modeste quantità di urina | 4 | |
| d. Perdo abbondanti quantità d'urina | 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)

<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td></tr> </table>	0		1		2		3		4		<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td>5</td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td></tr> </table>	5		6		7		8		9		10	
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.....


