

Escore Internacional de Sintomas Prostáticos (IPSS)

Nome do Paciente:

Data:

Número de Telefone:

Data de Nascimento:

Determine seus Sintomas de HPB Faça um círculo nas suas respostas e some sua pontuação ao final da tabela.

No último mês	Nenhuma vez	Menos de uma vez em cinco	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais da metade do tempo	Quase sempre
Esvaziamento incompleto – Quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar toda a bexiga, depois de terminar de urinar?	0	1	2	3	4	5
Frequência – Quantas vezes você teve que urinar novamente em menos de duas horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
Intermitência – Quantas vezes você observou que ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
Urgência – Quantas vezes você observou que foi difícil conter a vontade de urinar?	0	1	2	3	4	5
Jato fraco – Quantas vezes, em média, você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
Esforço – Quantas vezes você teve que fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5
Ao dormir – Quantas vezes você se levanta cada noite para urinar a partir da hora em que vai se deitar até levantar pela manhã?	Nenhum 0	Uma vez 1	Duas vezes 2	Três vezes 3	Quatro vezes 4	Cinco ou mais vezes 5
Somar pontuação de sintomas:	+	+	+	+	+	+

Escore Internacional de Sintomas Prostáticos = _____

1 – 7 Sintomas leves | 8 – 19 Sintomas moderados | 20 – 35 Sintomas severos

Qualidade de Vida (QV) Independentemente da pontuação, se seus sintomas são incômodos, fale com seu médico.

	Ótimo	Muito bem	Satisfeito	Mais ou menos	Insatisfeito	Mal	Péssimo
Se você tivesse que passar o resto da vida urinando como está agora, como você se sentiria?	0	1	2	3	4	5	6

Você tentou tomar remédios para ajudar com seus sintomas?

Sim

Não

Esses remédios ajudaram com seus sintomas? (selecione abaixo)

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Nenhum alívio Alívio absoluto

Você estaria interessado em conhecer uma opção minimamente invasiva que poderia ajudar você a evitar ou deixar de tomar medicamentos para próstata aumentada?

Sim

Não