

Puntaje Internacional de Síntomas de la Próstata (IPSS, en inglés)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

La fecha de hoy: _____

Determine sus síntomas de HBP

Circule sus respuestas y sume sus puntajes en la parte de abajo.

Durante el pasado mes	De ninguna manera	Menos de una vez en cinco [veces]	Menos de la mitad del tiempo	Casi la mitad del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Casi siempre
Vaciado incompleto - ¿Qué tan a menudo ha tenido usted la sensación de no haber vaciado su vejiga completamente después que terminó de orinar?	0	1	1	2	4	5
Frecuencia - ¿Qué tan a menudo ha tenido usted que orinar nuevamente en menos de dos horas desde que usted terminó de orinar?	0	1	1	2	4	5
Intermitencia - ¿Qué tan a menudo ha encontrado usted que ha cesado y comenzado nuevamente varias veces cuando orinaba?	0	1	1	2	4	5
Urgencia - ¿Qué tan a menudo ha encontrado usted que se le ha dificultado posponer el orinado?	0	1	1	2	4	5
Chorro débil - ¿Qué tan a menudo ha tenido usted un chorro de orina débil?	0	1	1	2	4	5
Esfuerzo - ¿Qué tan a menudo ha tenido usted que empujar o pujar para comenzar a orinar?	0	1	1	2	4	5
Dormir – Típicamente, ¿cuántas veces se ha levantado usted para orinar, desde el momento en que se fue a la cama de noche hasta el momento en que se levantó por la mañana?	Ninguna 0	Una vez 1	Dos veces 2	Tres veces 3	Cuatro veces 4	Cinco veces o más 5
Sume los puntajes de síntomas:	+	+	+	+	+	

Total del Puntaje Internacional de Síntomas de la Próstata = _____

1 – 7 síntomas leves | 8-19 síntomas moderados | 20 – 35 síntomas severos

Calidad de Vida (QoL, en inglés) Sin importar el puntaje, si sus síntomas son molestos, usted deberá notificarle a su médico.

(Ilegible).	Encantado	Complacido	Mayormente satisfecho	Mezcla de sentimientos	Mayormente insatisfecho	Infeliz	Terrible
Si usted fuera a pasarse el resto de su vida con la condición urinaria que usted tiene ahora, ¿cómo se sentiría acerca de eso?	0	1	2	3	4	5	6
¿Ha intentado usted medicamentos para ayudar con sus síntomas?						Sí	No

Estos medicamentos, ¿le ayudaron con sus síntomas? (Circule)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

No sentí alivio

Alivio completo

¿Quisiera usted discutir opciones mínimamente invasivas para sus molestos síntomas urinarios con su doctor?	Sí	No
---	----	----

La información provista en este formulario pueden ser de identificados y agregados y provistos a una tercera parte para su uso.

©2019 NeoTract, Inc. Todos los derechos reservados. MA00075-05 Rev. D.