

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL CONTROL DE LA VEJIGA

(Spanish version of the Bladder Control Self-Assessment Questionnaire)

ES USTED:

HOMBRE

MUJER

Por favor, anote el **NÚMERO** aplicable a su caso en las casillas indicadas por las flechas, teniendo en cuenta lo siguiente

EN ABSOLUTO = 0

UN POCO = 1

BASTANTE = 2

MUCHO = 3

SÍNTOMAS

MOLESTIA



¿Le resulta difícil retener la orina cuando siente la necesidad urgente de orinar?

+

¿En qué medida le molesta?



¿Necesita ir al lavabo con demasiada frecuencia durante el día?

+

¿En qué medida le molesta?



¿Se despierta por la noche con la necesidad urgente de orinar?

+

¿En qué medida le molesta?



¿Tiene pérdidas de orina?

=

¿En qué medida le molesta?

=

AHORA, SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA
E INTRODUZCA LOS RESULTADOS EN ESTAS CASILLAS

Mi puntuación de síntomas

Mi puntuación de 'molestia'

