

Test di autovalutazione dei sintomi da parte del paziente

Domanda	Mai	Una volta su cinque	Meno della metà delle volte	Circa metà delle volte	Più della metà delle volte	Quasi sempre
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ha avuto la sensazione di non aver svuotato completamente la vescica dopo aver urinato?	0	1	2	3	4	5
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ha avuto la necessità di urinare nuovamente a meno di due ore di distanza dalla volta precedente?	0	1	2	3	4	5
Negli ultimi 30 giorni, quante volte si è accorto di urinare in modo intermittente, iniziando e smettendo più volte mentre urinava?	0	1	2	3	4	5
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ha trovato difficoltà a trattenere l'urina?	0	1	2	3	4	5
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ha avuto un debole getto d'urina?	0	1	2	3	4	5
Negli ultimi 30 giorni, quante volte ha dovuto spingere o sforzarsi per iniziare ad urinare?	0	1	2	3	4	5
Negli ultimi 30 giorni, in media quante volte per notte è stato costretto ad alzarsi per urinare?	0	1	2	3	4	5
Sintomi	Leggeri (1-7)		Medi (8-19)		Severi (20-35)	