

Symtomskattning vid prostatabesvär, IPSS

Personuppgifter

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

Ringa in det svarsalternativ som bäst stämmer överens med hur du upplevt din situation under den senaste månaden.	Inte alls	Mindre än 1 gång av 5	Mindre än hälften av gångerna	Hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna	Nästan alltid
1. Hur ofta har du haft en känsla av att blåsan inte har tömts helt och hållet vid vattenkastningen?	0	1	2	3	4	5
2. Hur ofta har du varit tvungen att kasta vatten oftare än varannan timme?	0	1	2	3	4	5
3. Hur ofta har du haft ett avbrott i urinflödet (urinflödet satte igång, stannade upp och satte igång igen)?	0	1	2	3	4	5
4. Hur ofta har du haft svårt att vänta med att kasta vatten efter att du känt behov av att göra det?	0	1	2	3	4	5
5. Hur ofta har du upplevt att strålen varit svag?	0	1	2	3	4	5
6. Hur ofta har du haft behov av att krysta eller ta i för att komma igång med att urinera?	0	1	2	3	4	5
	Aldrig	1 gång per natt	2 gånger per natt	3 gånger per natt	4 gånger per natt	5 gånger eller fler
7. Hur ofta har du vanligtvis behövt gå upp för att kasta vatten från att du lagt dig på kvällen tills du stigit upp på morgonen?	0	1	2	3	4	5

Total poängsumma frågorna 1-7:

	Mycket nöjd	Nöjd	Ganska nöjd	Blandade känslor	Ganska missbelåten	Olycklig	Fruktansvärt
8. Om dina vattenkastningsbesvär skulle vara oförändrade under resten av ditt liv, hur skulle du uppleva det?	0	1	2	3	4	5	6