

Fecha de hoy _____

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Teléfono _____

Médico _____

Su puntuación del IPSS

El Índice Internacional de Síntomas Prostáticos (IPSS) se utiliza para evaluar la gravedad de los síntomas de BPH. Para calcular su puntuación, califique sus síntomas según su experiencia durante el mes pasado.

Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia...	EN ABSOLUTO	MENOS DE 1 DE CADA 5 VECES	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	MÁS O MENOS LA MITAD DE LAS VECES	MÁS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE	PUNTUACIÓN
1. ha tenido la sensación de no vaciar su vejiga completamente después de que terminó de orinar?	0	1	2	3	4	5	
2. ha tenido que orinar otra vez menos de dos horas después de que orinó?	0	1	2	3	4	5	
3. se ha dado cuenta de que cuando orina el flujo de orina se detiene y empieza varias veces?	0	1	2	3	4	5	
4. le ha resultado difícil posponer el acto de orinar?	0	1	2	3	4	5	
5. tuvo un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5	
6. debió hacer presión o fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5	

	NINGUNA	1 VEZ	2 VECES	3 VECES	4 VECES	5+ VECES	PUNTUACIÓN
7. Durante el mes pasado, ¿cuántas veces ha tenido que ir a orinar, desde que se acostó por la noche hasta que se levantó por la mañana (indique la cifra más frecuente)?	0	1	2	3	4	5	
PUNTUACIÓN SINTOMÁTICA TOTAL							

Calidad de vida debido a síntomas urinarios	ENCANTADO	SATISFECHO	MAYORMENTE SATISFECHO	MIXTO	MAYORMENTE INSATISFECHO	INSATISFE- CHO	TERRIBLE
8. Si fuera a pasar el resto de su vida con su condición urinaria justamente como se encuentra en este momento, ¿cómo se sentiría al respecto?	0	1	2	3	4	5	6

La puntuación total posible va de 0 a 35 con la siguiente correlación de síntomas de la BPH:
0-7 Síntomas leves, 8-19 Síntomas moderados, 20-35 Síntomas graves

Encuesta de satisfacción sobre medicamentos para la BPH

Medicamento para la BPH actual: _____

¿Por cuánto tiempo ha tomado medicamentos para la BPH?

- 0-3 meses 3-6 meses 6-12 meses 1 año o más

Desde que comenzó con el medicamento para la BPH, ¿ha experimentado alguno de los siguientes efectos secundarios? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

Síntoma	¿Nuevo o continuo?
<input type="checkbox"/> Intermittencia al orinar (comenzar y detenerse)	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH
<input type="checkbox"/> Caudal de orina débil	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH
<input type="checkbox"/> No puede vaciar completamente la vejiga (siente que tiene que orinar más aun después de haber ido al baño)	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH
<input type="checkbox"/> Dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH
<input type="checkbox"/> Necesidad de orinar con frecuencia: día, noche o ambos	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH
<input type="checkbox"/> Necesidad repentina o fuerte de orinar	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH
<input type="checkbox"/> Pérdidas: orina con poco o ningún aviso (a veces, no puede llegar al baño a tiempo)	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH
<input type="checkbox"/> Mareos	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH
<input type="checkbox"/> Disminución o interrupción del líquido eyaculatorio	<input type="checkbox"/> Nuevo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH <input type="checkbox"/> Continuo desde que comenzó con los medicamentos para la BPH

En una escala de 0 a 10 (use 0 si no tuvo alivio de los síntomas y 10 si tuvo un alivio completo de los síntomas), ¿en qué grado aliviaron los síntomas estos medicamentos? Rodee un número con un círculo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin alivio Alivio completo

En una escala de 0 a 10 (use 0 si no se siente frustrado y 10 si se siente extremadamente frustrado), ¿cuál es su nivel de frustración respecto de sus síntomas de BPH? Rodee un número con un círculo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Sin frustración Extrema frustración

¿Está interesado en obtener información acerca de una nueva terapia para tratar su BPH?

- Sí No

¿Le gustaría que su médico le hiciera una recomendación?

- Sí No