

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**HA PERDITE DI URINA ?**

**SI**  **NO**

**SOMMA PUNTEGGI 1+2+3** \_\_\_\_\_

		<b>Mai</b>	<b>talvolta</b>	<b>regolarmente</b>	<b>sempre</b>	
1) Con quale frequenza le capita di perdere urina ?	<input type="checkbox"/>					
	<b>PUNTEGGIO</b>	0	1	2	3	
2) Secondo la sua personale opinione quanta urina perde comunemente ?	<input type="checkbox"/>					
	<b>PUNTEGGIO</b>	0	2	4	6	
3) Nel complesso le perdite quanto influiscono negativamente nella sua vita ?	<input type="checkbox"/>					
	<b>PUNTEGGIO</b>	0-1	2-3	4-5	6-7	8-9 10
		1	3	5	7	9 10

In quali circostanze perde urina ?

- Prima di riuscire ad arrivare in bagno
- Quando tossisco o starnutisco
- Durante il sonno
- Durante la attività fisica
- Una volta rivestito/a dopo avere urinato
- Senza ragioni particolari
- Sempre