

Cognome:

Età :

Data:

**Nell'ultimo mese se ti sono accadute queste cose, quanto ne hai sofferto?**

**1. Frequenza minzionale esagerata ?**

Mai	Talora	Spesso	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3

**2. Perdite di urina associate ad urgenza minzionale ?**

Mai	Talora	Spesso	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3

**3. Avere delle perdite di urina in occasioni di sforzi, tosse o starnuti?**

Mai	Talora	Spesso	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3

**4. Avere delle piccole perdite di urina ?**

Mai	Talora	Spesso	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3

**5. Difficoltà a svuotare la vescica ?**

Mai	Talora	Spesso	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3

**6. Dolore o fastidio sovrapubico oppure "li sotto", nell'area genitale??**

Mai	Talora	Spesso	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3

**(riservata allo specialista)**

---

\_\_\_\_\_ **Frequenza minzionale**

\_\_\_\_\_ **Minzione in due tempi**

\_\_\_\_\_ **Restrizione idrica**

\_\_\_\_\_ **Programma fisico**

\_\_\_\_\_ **Terapia anticolinergica o medica**

\_\_\_\_\_ **Valutazione urodinamica**

\_\_\_\_\_ **Valutazione chirurgica**