

UPISATI  
DANAŠNJI DATUM:

                      
dan    mesec    godina

IDENTIFIKACIJA  
UČESNIKA:

MOLIMO, PROČITAJTE PAŽLJIVO

NA SLEDEĆIM STRANICAMA ĆETE PRONAĆI NEKE IZJAVE KOJE SU DALE OSOBE KOJE IMAJU URINARNU INKONTINENCIJU (NEVOLJNO OTICANJE MOKRAĆE).

ODABERITE ODGOVOR KOJI SE TRENUTNO NAJVIŠE ODNOSI NA VAS I ZAOKRUŽITE BROJ ISPRED VAŠEG ODGOVORA.

AKO NISTE SIGURNI KAKO DA ODGOVORITE NA PITANJE, DAJTE NAJBOLJI ODGOVOR KOJI MOŽETE. **NEMA TAČNIH ILI NETAČNIH ODGOVORA.**

VAŠI ODGOVORI ĆE SE ČUVATI U NAJVEĆOJ TAJNOSTI.

AKO IMATE BILO KAKVIH PITANJA, KONTAKTIRAJTE:



**Vaša osećanja**

*(Zaokružite broj ispred Vašeg odgovora)*

1. Brinem se da neću moći da stignem do toaleta na vreme.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

2. Brinem se kada se zakašljem ili kinem, zbog mojih urinarnih problema ili inkontinencije.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

3. Moram pažljivo da ustajem iz sedećeg položaja zbog mojih urinarnih problema ili inkontinencije.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

4. Brinem gde su toaleti kada sam na nepoznatim mestima.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

5. Osećam se depresivno zbog mojih urinarnih problema ili inkontinencije.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

*(Zaokružite broj ispred Vašeg odgovora)*

6. Zbog urinarnih problema ili inkontinencije, ne osećam se slobodno da odem od kuće na duži vremenski period.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

7. Osećam se frustrirano jer me urinarni problemi ili inkontinencija sprečavaju da radim ono što želim.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

8. Brinem se da li drugi oseće miris urina na meni.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

9. Moji urinarni problemi ili inkontinencija su mi uvek na umu.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

10. Važno mi je da često odlazim u toalet.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

*(Zaokružite broj ispred Vašeg odgovora)*

11. Због уринарних проблема или инконтиненције важно ми је да сваки детаљ испланирам унапред.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

12. Бринем се да ли ће уринарни проблеми или инконтиненција постајати све гори како старим.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

13. Тешко ми је да се ноћу наспавам због мојих уринарних проблема или инконтиненције.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

14. Бринем се да ћу се осећати осрамоћено или понижено због мојих уринарних проблема или инконтиненције.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

15. Због мојих уринарних проблема или инконтиненције, не осећам се као здрава особа.

1 PRETERANO  
2 PRILIČNO  
3 UMERENO  
4 MALO  
5 UOPŠTE NE

*(Zaokružite broj ispred Vašeg odgovora)*

16. Moji urinarni problemi ili inkontinencija čine da se osećam bespomoćno.

- 1 PRETERANO
- 2 PRILIČNO
- 3 UMERENO
- 4 MALO
- 5 UOPŠTE NE

17. Zbog urinarnih problema ili inkontinencije, manje uživam u životu.

- 1 PRETERANO
- 2 PRILIČNO
- 3 UMERENO
- 4 MALO
- 5 UOPŠTE NE

18. Brinem se da li ću se umokriti.

- 1 PRETERANO
- 2 PRILIČNO
- 3 UMERENO
- 4 MALO
- 5 UOPŠTE NE

19. Osećam kao da nemam nikakvu kontrolu nad svojom bešikom.

- 1 PRETERANO
- 2 PRILIČNO
- 3 UMERENO
- 4 MALO
- 5 UOPŠTE NE

20. Zbog urinarnih problema ili inkontinencije, moram da pazim šta ili koliko pijem.

- 1 PRETERANO
- 2 PRILIČNO
- 3 UMERENO
- 4 MALO
- 5 UOPŠTE NE

*(Zaokružite broj ispred Vašeg odgovora)*

21. Moji urinarni problemi ili inkontinencija mi ograničavaju izbor odeće.

- 1 PRETERANO
- 2 PRILIČNO
- 3 UMERENO
- 4 MALO
- 5 UOPŠTE NE

22. Brinem se da li da upražnjavam seks zbog mojih urinarnih problema ili inkontinencije.

- 1 PRETERANO
- 2 PRILIČNO
- 3 UMERENO
- 4 MALO
- 5 UOPŠTE NE

## O Vama

A-1 Koliko već dugo imate urinarne probleme ili inkontinenciju? *(Napišite ispod broj)*

           **GODINA**               **MESECI**

A-2 Koliko puta ste bili kod lekara prošle godine da biste lečili urinarne probleme ili inkontinenciju? *(Upišite broj na liniji ispod)*

           **BROJ ODLAZAKA KOD LEKARA PROŠLE GODINE**

A-3 Kako biste opisali ozbiljnost Vaših urinarnih problema ili inkontinencije? *(Zaokružite broj ispred Vašeg odgovora)*

**1**                **BLAGI**  
**2**                **UMERENI**  
**3**                **OZBILJNI**

A-4 Da li Vam otiče urin kada kašljate, kijate, trčite, hodate, skačete ili kada se bavite drugom aktivnošću?

**0**                **NE**  
**1**                **DA**

A-5 Da li izgubite kontrolu nad bešikom pre nego što stignete do toaleta?

**0**                **NE**  
**1**                **DA**

A-6 Da li Vam otiče urin i kada se ne bavite nekom određenom aktivnošću ili kad Vam se ne ide u toalet?

**0 NE**

**1 DA**

A-7 Prošlog meseca, koliko puta Vam je nevoljno oticao urin, čak i mala količina?  
(*Upišite broj na liniji ispod*)

\_\_\_\_\_ **PUTA PROŠLOG MESECA**

A-8 Prošlog meseca, koliko puta Vam je nevoljno oticao urin, čak i mala količina?

**0 NIJEDNOM PROŠLOG MESECA**

**1 1 DO 2 PUTA PROŠLOG MESECA**

**2 4 PUTA (OKVIRNO JEDNOM NEDELJNO)**

**3 2 DO 3 PUTA NEDELJNO**

**4 OKO 1 PUT DNEVNO**

**5 JEDAN ILI DVA PUTA DNEVNO**

**6 TRI ILI ČETIRI PUTA DNEVNO**

**7 PET ILI VIŠE PUTA DNEVNO**