

POR FAVOR, ESCREVA
A DATA DE HOJE:

Dia Mês Ano

IDENTIFICAÇÃO DO/DA
PARTICIPANTE:

POR FAVOR, LEIA COM CUIDADO

NAS PÁGINAS SEGUINTE VOCÊ ENCONTRARÁ ALGUMAS AFIRMAÇÕES
FEITAS POR PESSOAS QUE TÊM INCONTINÊNCIA URINÁRIA
(PERDER URINA QUANDO NÃO SE QUER).

POR FAVOR, ESCOLHA A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A VOCÊ NESTE
MOMENTO E FAÇA UM CÍRCULO EM TORNO DO NÚMERO DE SUA RESPOSTA.

SE VOCÊ NÃO TIVER CERTEZA DE COMO RESPONDER A UMA QUESTÃO, POR
FAVOR, DÊ A MELHOR RESPOSTA QUE PUDER. **NÃO EXISTEM RESPOSTAS
CERTAS OU ERRADAS.**

AS SUAS RESPOSTAS SERÃO MANTIDAS EM SIGILO ABSOLUTO.

SE VOCÊ TIVER ALGUMA PERGUNTA, POR FAVOR ENTRE EM CONTATO COM:



Seus Sentimentos

(Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)

1. Preocupo-me com não poder chegar ao banheiro a tempo.

1	EXTREMAMENTE
2	BASTANTE
3	MODERADAMENTE
4	UM POUCO
5	NADA

2. Preocupo-me a respeito de tossir ou espirrar devido a meus problemas urinários ou de incontinência.

1	EXTREMAMENTE
2	BASTANTE
3	MODERADAMENTE
4	UM POUCO
5	NADA

3. Tenho de cuidar quando fico em pé depois de ter ficado sentado/a, devido a meus problemas urinários ou de incontinência.

1	EXTREMAMENTE
2	BASTANTE
3	MODERADAMENTE
4	UM POUCO
5	NADA

4. Preocupo-me sobre onde se localizam os banheiros em lugares novos.

1	EXTREMAMENTE
2	BASTANTE
3	MODERADAMENTE
4	UM POUCO
5	NADA

5. Sinto-me deprimido/a por causa de meus problemas urinários ou de incontinência.

1	EXTREMAMENTE
2	BASTANTE
3	MODERADAMENTE
4	UM POUCO
5	NADA

(Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)

6. Devido a meus problemas urinários ou de incontinência, não me sinto livre para sair de casa por muito tempo.

1 EXTREMAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UM POUCO
5 NADA

7. Sinto-me frustrado/a porque meus problemas urinários ou de incontinência me impedem de fazer o que quero.

1 EXTREMAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UM POUCO
5 NADA

8. Preocupo-me de que os outros sintam cheiro de urina em mim.

1 EXTREMAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UM POUCO
5 NADA

9. Meus problemas urinários ou de incontinência estão sempre na minha mente.

1 EXTREMAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UM POUCO
5 NADA

10. É importante para mim fazer visitas freqüentes ao banheiro.

1 EXTREMAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UM POUCO
5 NADA

(Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)

11. Devido a meus problemas urinários ou de incontinência, é importante planejar cada detalhe de antemão.

1 EXTREMAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UM POUCO
5 NADA

12. Preocupo-me de que meus problemas urinários ou de incontinência piorem à medida que eu envelhecer.

1 EXTREMAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UM POUCO
5 NADA

13. Tenho dificuldade em ter uma boa noite de sono por causa de meus problemas urinários ou de incontinência.

1 EXTREMAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UM POUCO
5 NADA

14. Fico preocupado/a com sentir-me constrangido/a ou humilhado/a devido a meus problemas urinários ou de incontinência.

1 EXTREMAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UM POUCO
5 NADA

15. Meus problemas urinários ou de incontinência fazem-me sentir como uma pessoa que não goza de uma boa saúde.

1 EXTREMAMENTE
2 BASTANTE
3 MODERADAMENTE
4 UM POUCO
5 NADA

(Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)

16. Meus problemas urinários ou de incontinência me fazem sentir desamparado/a.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

17. Aproveito menos a vida devido a meus problemas urinários ou de incontinência.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

18. Preocupo-me sobre me urinar.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

19. Sinto-me como não tendo controle sobre minha bexiga.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

20. Tenho de cuidar com o tipo e a quantidade de líquidos que eu bebo devido a meus problemas urinários ou de incontinência.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

(Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)

21. Meus problemas urinários ou de incontinência limitam minha escolha de roupas.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

22. Preocupo-me sobre fazer sexo por causa de meus problemas urinários ou de incontinência.

- 1 EXTREMAMENTE
- 2 BASTANTE
- 3 MODERADAMENTE
- 4 UM POUCO
- 5 NADA

Sobre Você

- A-1 Há quanto tempo você tem tido problemas urinários ou de incontinência?
(Por favor, escreva o número, abaixo)

ANOS

MESES

- A-2 Quantas consultas médicas você fez no último ano para tratar seus problemas urinários ou de incontinência? (Por favor, escreva o número na linha fornecida)

_____ **NÚMERO DE CONSULTAS NO ÚLTIMO ANO**

- A-3 Como você descreveria a gravidade de seus problemas urinários ou de incontinência? (Por favor, faça um círculo em torno do número de sua resposta)

1 **LEVE**

2 **MODERADO**

3 **GRAVE**

- A-4 Você perde urina quando tosse, espirra, corre, caminha, salta, ou quando realiza alguma outra atividade específica?

0 **NÃO**

1 **SIM**

- A-5 Você perde o controle de sua bexiga antes que consiga chegar ao banheiro?

0 **NÃO**

1 **SIM**

A-6 Você perde urina em momentos não associados a qualquer atividade específica ou necessidade de ir ao banheiro?

0 NÃO

1 SIM

A-7 No último mês, quantas vezes você perdeu urina, mesmo uma quantidade muito pequena, quando não queria? *(Por favor escreva o número na linha fornecida)*

_____ **NÚMERO DE VEZES NO ÚLTIMO MÊS**

A-8 No último mês, quantas vezes você perdeu urina, mesmo uma quantidade muito pequena, quando não queria?

0 NENHUMA VEZ NO ÚLTIMO MÊS

1 UMA A DUAS VEZES NO ÚLTIMO MÊS

2 QUATRO VEZES (CERCA DE UMA VEZ POR SEMANA)

3 DUAS A TRÊS VEZES POR SEMANA

4 CERCA DE UMA VEZ POR DIA

5 UMA OU DUAS VEZES POR DIA

6 TRÊS OU QUATRO VEZES POR DIA

7 CINCO OU MAIS VEZES POR DIA