

УПИСАТИ  
ДАНАШЊИ ДАТУМ:

\_\_\_\_ дан    \_\_\_\_\_ месец    \_\_\_\_\_ година

ИДЕНТИФИКАЦИЈА  
УЧЕСНИКА:

МОЛИМО, ПРОЧИТАЈТЕ ПАЖЉИВО

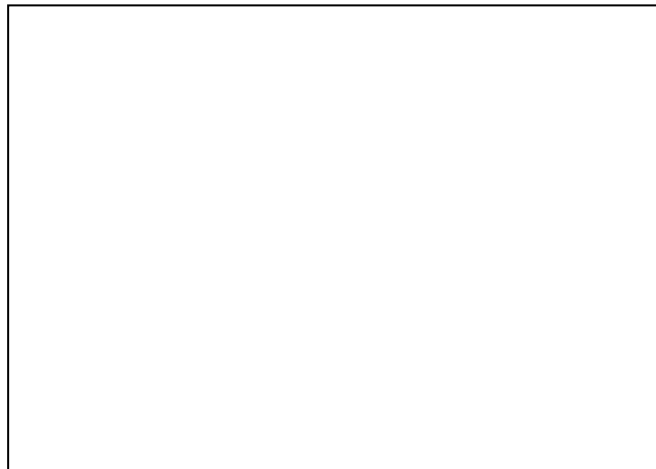
НА СЛЕДЕЋИМ СТРАНИЦАМА ЋЕТЕ ПРОНАЋИ НЕКЕ ИЗЈАВЕ КОЈЕ СУ ДАЛЕ  
ОСОБЕ КОЈЕ ИМАЈУ УРИНАРНУ ИНКОНТИНЕНЦИЈУ (НЕВОЉНО ОТИЦАЊЕ  
МОКРАЋЕ).

ОДАБЕРИТЕ ОДГОВОР КОЈИ СЕ ТРЕНУТНО НАЈВИШЕ ОДНОСИ НА ВАС И  
ЗАОКРУЖИТЕ БРОЈ ИСПРЕД ВАШЕГ ОДГОВОРА.

АКО НИСТЕ СИГУРНИ КАКО ДА ОДГОВОРИТЕ НА ПИТАЊЕ, ДАЈТЕ НАЈБОЉИ  
ОДГОВОР КОЈИ МОЖЕТЕ. **НЕМА ТАЧНИХ ИЛИ НЕТАЧНИХ ОДГОВОРА.**

ВАШИ ОДГОВОРИ ЋЕ СЕ ЧУВАТИ У НАЈВЕЋОЈ ТАЈНОСТИ.

АКО ИМАТЕ БИЛО КАКВИХ ПИТАЊА, КОНТАКТИРАЈТЕ:



**Ваша осећања**

*(Заокружите број испред Вашег одговора)*

1. Бринем се да нећу моћи да стигнем до тоалета на време.  

1	ПРЕТЕРАНО
2	ПРИЛИЧНО
3	УМЕРЕНО
4	МАЛО
5	УОПШТЕ НЕ
  
2. Бринем се када се закашљем или кинем, због мојих уринарних проблема или инконтиненције.  

1	ПРЕТЕРАНО
2	ПРИЛИЧНО
3	УМЕРЕНО
4	МАЛО
5	УОПШТЕ НЕ
  
3. Морам пажљиво да устајем из седећег положаја због мојих уринарних проблема или инконтиненције.  

1	ПРЕТЕРАНО
2	ПРИЛИЧНО
3	УМЕРЕНО
4	МАЛО
5	УОПШТЕ НЕ
  
4. Бринем где су тоалети када сам на непознатим местима.  

1	ПРЕТЕРАНО
2	ПРИЛИЧНО
3	УМЕРЕНО
4	МАЛО
5	УОПШТЕ НЕ
  
5. Осећам се депресивно због мојих уринарних проблема или инконтиненције.  

1	ПРЕТЕРАНО
2	ПРИЛИЧНО
3	УМЕРЕНО
4	МАЛО
5	УОПШТЕ НЕ

*(Заокружите број испред Вашег одговора)*

6. Због уринарних проблема или инконтиненције, не осећам се слободно да одем од куће на дужи временски период.

1 ПРЕТЕРАНО  
2 ПРИЛИЧНО  
3 УМЕРЕНО  
4 МАЛО  
5 УОПШТЕ НЕ

7. Осећам се фрустрирано јер ме уринарни проблеми или инконтиненција спречавају да радим оно што желим.

1 ПРЕТЕРАНО  
2 ПРИЛИЧНО  
3 УМЕРЕНО  
4 МАЛО  
5 УОПШТЕ НЕ

8. Бринем се да ли други осете мирис урина на мени.

1 ПРЕТЕРАНО  
2 ПРИЛИЧНО  
3 УМЕРЕНО  
4 МАЛО  
5 УОПШТЕ НЕ

9. Моји уринарни проблеми или инконтиненција су ми увек на уму.

1 ПРЕТЕРАНО  
2 ПРИЛИЧНО  
3 УМЕРЕНО  
4 МАЛО  
5 УОПШТЕ НЕ

10. Важно ми је да често одлазим у тоалет.

1 ПРЕТЕРАНО  
2 ПРИЛИЧНО  
3 УМЕРЕНО  
4 МАЛО  
5 УОПШТЕ НЕ

*(Заокружите број испред Вашег одговора)*

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

1 ПРЕТЕРАНО  
2 ПРИЛИЧНО  
3 УМЕРЕНО  
4 МАЛО  
5 УОПШТЕ НЕ

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

1 ПРЕТЕРАНО  
2 ПРИЛИЧНО  
3 УМЕРЕНО  
4 МАЛО  
5 УОПШТЕ НЕ

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

1 ПРЕТЕРАНО  
2 ПРИЛИЧНО  
3 УМЕРЕНО  
4 МАЛО  
5 УОПШТЕ НЕ

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

1 ПРЕТЕРАНО  
2 ПРИЛИЧНО  
3 УМЕРЕНО  
4 МАЛО  
5 УОПШТЕ НЕ

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

1 ПРЕТЕРАНО  
2 ПРИЛИЧНО  
3 УМЕРЕНО  
4 МАЛО  
5 УОПШТЕ НЕ

*(Заокружите број испред Вашег одговора)*

16. Моји уринарни проблеми или инконтиненција чине да се осећам беспомоћно.

- 1 ПРЕТЕРАНО
- 2 ПРИЛИЧНО
- 3 УМЕРЕНО
- 4 МАЛО
- 5 УОПШТЕ НЕ

17. Због уринарних проблема или инконтиненције, мање уживам у животу.

- 1 ПРЕТЕРАНО
- 2 ПРИЛИЧНО
- 3 УМЕРЕНО
- 4 МАЛО
- 5 УОПШТЕ НЕ

18. Бринем се да ли ћу се умокрити.

- 1 ПРЕТЕРАНО
- 2 ПРИЛИЧНО
- 3 УМЕРЕНО
- 4 МАЛО
- 5 УОПШТЕ НЕ

19. Осећам као да немам никакву контролу над својом бешиком.

- 1 ПРЕТЕРАНО
- 2 ПРИЛИЧНО
- 3 УМЕРЕНО
- 4 МАЛО
- 5 УОПШТЕ НЕ

20. Због уринарних проблема или инконтиненције, морам да пазим шта или колико пијем.

- 1 ПРЕТЕРАНО
- 2 ПРИЛИЧНО
- 3 УМЕРЕНО
- 4 МАЛО
- 5 УОПШТЕ НЕ

*(Заокружите број испред Вашег одговора)*

21. Моји уринарни проблеми или инконтиненција ми ограничавају избор одеће.

- 1 ПРЕТЕРАНО
- 2 ПРИЛИЧНО
- 3 УМЕРЕНО
- 4 МАЛО
- 5 УОПШТЕ НЕ

22. Бринем се да ли да упражњавам секс због мојих уринарних проблема или инконтиненције.

- 1 ПРЕТЕРАНО
- 2 ПРИЛИЧНО
- 3 УМЕРЕНО
- 4 МАЛО
- 5 УОПШТЕ НЕ

## О Вама

- A-1      Колико већ дуго имате уринарне проблеме или инконтиненцију?  
(*Напишите испод број*)

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
**ГОДИНА    МЕСЕЦИ**

- A-2      Колико пута сте били код лекара прошле године да бисте лечили уринарне проблеме или инконтиненцију? (*Упишите број на линији испод*)

\_\_\_\_\_ **БРОЈ ОДЛАЗАКА КОД ЛЕКАРА ПРОШЛЕ ГОДИНЕ**

- A-3      Како бисте описали озбиљност Ваших уринарних проблема или инконтиненције? (*Заокружите број испред Вашег одговора*)

**1            БЛАГИ**  
**2            УМЕРЕНИ**  
**3            ОЗБИЉНИ**

- A-4      Да ли Вам отиче урин када кашљете, кијате, трчите, ходате, скачете или када се бавите другом активношћу?

**0            НЕ**  
**1            ДА**

- A-5      Да ли изгубите контролу над бешиком пре него што стигнете до тоалета?

**0            НЕ**  
**1            ДА**

A-6 Да ли Вам отиче урин и када се не бавите неком одређеном активношћу или кад Вам се не иде у тоалет?

**0 НЕ**

**1 ДА**

A-7 Прошлог месеца, колико пута Вам је невољно отицао урин, чак и мала количина? (*Упишите број на линији испод*)

\_\_\_\_\_ **ПУТА ПРОШЛОГ МЕСЕЦА**

A-8 Прошлог месеца, колико пута Вам је невољно отицао урин, чак и мала количина?

**0 НИЈЕДНОМ ПРОШЛОГ МЕСЕЦА**

**1 1 ДО 2 ПУТА ПРОШЛОГ МЕСЕЦА**

**2 4 ПУТА (ОКВИРНО ЈЕДНОМ НЕДЕЉНО)**

**3 2 ДО 3 ПУТА НЕДЕЉНО**

**4 ОКО 1 ПУТ ДНЕВНО**

**5 ЈЕДАН ИЛИ ДВА ПУТА ДНЕВНО**

**6 ТРИ ИЛИ ЧЕТИРИ ПУТА ДНЕВНО**

**7 ПЕТ ИЛИ ВИШЕ ПУТА ДНЕВНО**