

LA PREGHIAMO DI SCRIVERE

LA DATA DI OGGI:

(Giorno, Mese, Anno)

PARTECIPANTE N°

LA PREGHIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE


NELLE PAGINE SEGUENTI TROVERÀ DELLE FRASI CHE SONO STATE DETTE
DA PERSONE CHE SOFFRONO DI INCONTINENZA URINARIA
(CHE HANNO PERDITE INVOLONTARIE DI URINA).

PER CIASCUNA FRASE SCELGA LA RISPOSTA CHE SI ADATTA MEGLIO
ALLA SUA SITUAZIONE IN QUESTO MOMENTO E FACCIA UN CERCHIETTO
INTORNO AL NUMERO CHE CORRISPONDE ALLA RISPOSTA SCELTA.

SE E' INCERTO SU COME RISPONDERE AD UNA DOMANDA, CERCHI DI DARE LA
RISPOSTA CHE RITIENE MIGLIORE. **TENGA PRESENTE CHE NON ESISTONO
RISPOSTE GIUSTE O SBAGLIATE.**

LE SUE RISPOSTE SARANNO CONSIDERATE STRETTAMENTE CONFIDENZIALI.

SE HA QUALCHE DOMANDA, LA PREGHIAMO DI CONTATTARE:



Le sue sensazioni

(Faccia un cerchietto intorno al numero della risposta scelta)

1. Ho paura di non poter arrivare in tempo al gabinetto.
 - 1 MOLTISSIMO
 - 2 MOLTO
 - 3 UN PO'
 - 4 MOLTO POCO
 - 5 PER NULLA

2. Ho paura di tossire o di starnutire a causa dei miei problemi urinari o incontinenza.
 - 1 MOLTISSIMO
 - 2 MOLTO
 - 3 UN PO'
 - 4 MOLTO POCO
 - 5 PER NULLA

3. Devo stare attento(a) ad alzarmi dopo essere stato(a) seduto(a), a causa dei miei problemi urinari o incontinenza.
 - 1 MOLTISSIMO
 - 2 MOLTO
 - 3 UN PO'
 - 4 MOLTO POCO
 - 5 PER NULLA

4. Mi preoccupa di sapere dov'è il gabinetto in luoghi in cui vado per la prima volta.
 - 1 MOLTISSIMO
 - 2 MOLTO
 - 3 UN PO'
 - 4 MOLTO POCO
 - 5 PER NULLA

5. Mi sento depresso(a) a causa dei miei problemi urinari o incontinenza.
 - 1 MOLTISSIMO
 - 2 MOLTO
 - 3 UN PO'
 - 4 MOLTO POCO
 - 5 PER NULLA

(Faccia un cerchietto intorno al numero della risposta scelta)

6. Mi sento poco libero(a) di stare fuori casa per molto tempo a causa dei miei problemi urinari o incontinenza.

1 MOLTISSIMO
2 MOLTO
3 UN PO'
4 MOLTO POCO
5 PER NULLA

7. Mi sento scoraggiato(a) perché i miei problemi urinari o incontinenza mi impediscono di fare ciò che voglio.

1 MOLTISSIMO
2 MOLTO
3 UN PO'
4 MOLTO POCO
5 PER NULLA

8. Ho paura che gli altri sentano odore di urina su di me.

1 MOLTISSIMO
2 MOLTO
3 UN PO'
4 MOLTO POCO
5 PER NULLA

9. I miei problemi urinari o incontinenza sono per me un pensiero fisso.

1 MOLTISSIMO
2 MOLTO
3 UN PO'
4 MOLTO POCO
5 PER NULLA

10. Per me è importante poter andare spesso al gabinetto.

1 MOLTISSIMO
2 MOLTO
3 UN PO'
4 MOLTO POCO
5 PER NULLA

(Faccia un cerchietto intorno al numero della risposta scelta)

11. A causa dei miei problemi urinari o incontinenza devo prevedere tutto nei minimi particolari.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

12. Ho paura che i miei problemi urinari o incontinenza peggioreranno invecchiando.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

13. Mi è difficile dormire tranquillamente per una notte intera a causa dei miei problemi urinari o incontinenza.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

14. Ho paura di trovarmi in situazioni imbarazzanti o umilianti a causa dei miei problemi urinari o incontinenza.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

15. A causa dei miei problemi urinari o incontinenza ho l'impressione di non essere una persona in buona salute.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

(Faccia un cerchietto intorno al numero della risposta scelta)

16. Mi sento indifeso(a) di fronte ai miei problemi urinari o incontinenza.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

17. Gusto meno i piaceri della vita a causa dei miei problemi urinari o incontinenza.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

18. Ho paura di bagnarmi.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

19. Mi sento come se non avessi nessun controllo della vescica (dell'urinare).

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

20. Devo stare attento(a) a quanto o a cosa bevo, a causa dei miei problemi urinari o incontinenza.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

(Faccia un cerchietto intorno al numero della risposta scelta)

21. I miei problemi urinari o incontinenza mi impediscono di mettermi i vestiti che voglio.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

22. Ho paura di avere rapporti sessuali a causa dei miei problemi urinari o incontinenza.

- 1 MOLTISSIMO
- 2 MOLTO
- 3 UN PO'
- 4 MOLTO POCO
- 5 PER NULLA

Il suo caso personale

- A-1 Da quanto tempo è affetto(a) da problemi urinari o incontinenza? *(Per favore scriva il numero nella linea apposita)*

NUMERO DI ANNI

NUMERO DI MESI

- A-2 Quante visite mediche ha avuto nello scorso anno per curare i suoi problemi urinari o incontinenza? *(Per favore scriva il numero nella linea apposita)*

_____ **NUMERO DI VISITE NELLO SCORSO ANNO**

- A-3 Come descriverebbe la gravità dei suoi problemi urinari o incontinenza? *(Per favore faccia un cerchietto sul numero della risposta scelta)*

1 LEGGERA

2 MODERATA

3 GRAVE

- A-4 Perde urina quando tossisce, starnutisce, corre, cammina, salta o quando svolge qualche altra attività specifica?

0 NO

1 SÌ

- A-5 Perde il controllo della vescica prima di arrivare al gabinetto?

0 NO

1 SÌ

A-6 Perde urina in momenti in cui non svolge qualche attività o quando non sente il bisogno di andare al gabinetto?

0 NO

1 SI'

A-7 Nello scorso mese, quante volte ha avuto perdite involontarie di urina, anche in piccole quantità? *(Per favore scriva il numero nella linea apposita)*

_____ **NUMERO DI VOLTE NELLO SCORSO MESE**

A-8 Nello scorso mese, quante volte ha avuto perdite involontarie di urina, anche in piccole quantità?

0 MAI NELLO SCORSO MESE

1 1 O 2 VOLTE NELLO SCORSO MESE

2 4 VOLTE (CIRCA UNA VOLTA ALLA SETTIMANA)

3 2-3 VOLTE ALLA SETTIMANA

4 CIRCA 1 VOLTA AL GIORNO

5 1 O 2 VOLTE AL GIORNO

6 3 O 4 VOLTE AL GIORNO

7 5 O PIÙ DI 5 VOLTE AL GIORNO