

Avaliação de Incontinência Urinária - ICIQ-SF

Nome do Paciente: _____ Data de Hoje: ____/____/____

Muitas pessoas perdem urina alguma vez. Estamos tentando descobrir quantas pessoas perdem urina e o quanto isso as aborrece. Ficariamos agradecidos se você pudesse nos responder às seguintes perguntas, pensando em como você tem passado, em média nas ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS.

1. Data de Nascimento: ____/____/____ (dia / mês / ano)

2. Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

3. Com que frequência você perde urina? (Assinale uma resposta)

- 0 ☐ Nunca
1 ☐ Uma vez por semana ou menos
2 ☐ Duas ou três vezes por semana
3 ☐ Uma vez ao dia
4 ☐ Diversas vezes ao dia
5 ☐ O tempo todo

4. Gostaríamos de saber a quantidade de urina que você pensa que perde (assinale uma resposta)

- 0 ☐ Nenhuma
2 ☐ Uma pequena quantidade
4 ☐ Uma moderada quantidade
6 ☐ Uma grande quantidade

5. Em geral, quanto que você perder urina interfere em sua vida diária? Por favor, circule um número entre 0 (não interfere) e 10 (interfere muito):

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não interfere Interfere muito

ICIQ Escore: soma dos resultados 3 + 4 + 5 = _____

6. Quando você perde a urina?

(Por favor assinale todas as alternativas que se aplicam à você)

- ☐ Nunca
☐ Perco antes de chegar ao banheiro
☐ Perco quando tusso ou espirro
☐ Perco quando estou dormindo
☐ Perco quando estou fazendo atividades físicas
☐ Perco quando terminei de urinar e estou me vestindo
☐ Perco sem razão óbvia
☐ Perco o tempo todo

Obrigado por você ter respondido às questões