

## 2. CUESTIONARIOS DE SINTOMAS Y CALIDAD DE VIDA

### ICIQ-SF

Número del sujeto

ICIQ -SF

**CONFIDENCIAL**

DÍA MES AÑO

**Fecha de hoy**

Hay mucha gente que en un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta que punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en como se ha encontrado en las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS

1 Por favor escriba su fecha de nacimiento:

DÍA MES AÑO

2 Usted es (señale cuál):

Mujer

Varón

3 ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque una casilla)

- |                                |                          |   |
|--------------------------------|--------------------------|---|
| nunca                          | <input type="checkbox"/> | 0 |
| una vez por semana o menos     | <input type="checkbox"/> | 1 |
| de dos a tres veces por semana | <input type="checkbox"/> | 2 |
| una vez al día                 | <input type="checkbox"/> | 3 |
| varias veces al día            | <input type="checkbox"/> | 4 |
| continuamente                  | <input type="checkbox"/> | 5 |

4 Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no) (Marque una casilla)

- |                       |                          |   |
|-----------------------|--------------------------|---|
| no se me escapa nada  | <input type="checkbox"/> | 0 |
| muy poca cantidad     | <input type="checkbox"/> | 2 |
| una cantidad moderada | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mucha cantidad        | <input type="checkbox"/> | 6 |

5 Estos escapes de orina que tiene ¿cuánto afectan a su vida diaria?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

- |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |       |
|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------|
| 0    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10    |
| nada |   |   |   |   |   |   |   |   |   | mucho |

Puntuación de ICI-Q: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5=

6 ¿Cuándo pierde orina?

(Señale todo lo que le pase a usted):

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| nunca pierde orina                                    | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina antes de llegar al WC                    | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina cuando tose o estornada                  | <input type="checkbox"/> |
| pierde cuando duerme                                  | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicios | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina al cabar de orinar y ya se ha vestido    | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina sin un motivo evidente                   | <input type="checkbox"/> |
| Pierde orina de forma continua                        | <input type="checkbox"/> |