

PROGRAM – “Rak prostaty to nie wyrok”

Oddział Urologii,
Szpital Uniwersytecki nr 2 im dr. Jana Biziela

ul Ujejskiego 75
85-168 Bydgoszcz
tel. 537 565 508

Nazwisko i imię: Data urodzenia:

Adres: Data:

1.	Czy był Pan badany w kierunku choroby prostaty (kiedy).	Data:	NIE
2.	Czy leczy się Pan z powodu choroby prostaty (od kiedy).	Data:	NIE
3.	Czy był Pan operowany z powodu choroby prostaty (kiedy).	Data:	NIE
4.	Czy ktoś w rodzinie chorował lub choruje na prostatę.	TAK	NIE

MIĘDZYNARODOWY KWESTIONARIUSZ PUNKTACJI OBJAWÓW ZE STRONY GRUCZOŁU KROKOWEGO (PROSTATY)

I-PSS

INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOM
SCORE

		Nigdy	1 raz na 5 razy	Mniej niż połowę	Połowę	Więcej niż połowę	Prawie zawsze	Suma
1.	Jak często miewa Pan uczucie niecałkowitego opróżniania pęcherza ?	0	1	2	3	4	5	
2.	Jak często musi Pan oddawać mocz ponownie po ostatnim oddaniu moczu ?	0	1	2	3	4	5	
3.	Jak często obserwuje Pan przerywany strumień moczu ?	0	1	2	3	4	5	
4.	Jak często miewa Pan uczucie nagłego parcia na mocz ?	0	1	2	3	4	5	
5.	Jak często obserwuje Pan słaby strumień moczu ?	0	1	2	3	4	5	
6.	Jak często musi Pan wysilać się (przeć) podczas oddawaniu moczu ?	0	1	2	3	4	5	
		Wcale	1 raz	2 razy	3 razy	4 razy	5 razy	X
7.	Ile razy oddaje Pan mocz W nocy ?	0	1	2	3	4	5	
OCENA JAKOŚCI ŻYCIA								Suma

		Świetnie	Dobrze	Raczej dobrze	Średnio	Raczej źle	Źle	Bardzo źle
1.	Jak by się Pan czuł, gdyby te dolegliwości nie ustąpiły.	0	1	2	3	4	5	6