

Formulär för International prostate symptom score (IPSS)

Diskutera svaren på dessa frågor med Din doktor

Patientinformation Symtomskattning vid prostatabesvär (IPSS)

Namn: _____ Personnummer: _____ Datum: _____

Ringa in det svarsalternativ som bäst stämmer överens med hur Du upplever Din situation	Inte alls	Mindre än 1 av 5 gånger	Mindre än hälften av gångerna	Hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna	Nästan alltid	
1. Under den senaste månaden, hur ofta har Du haft en känsla av att blåsan inte har tömts helt och hållet vid vattenkastning?	0	1	2	3	4	5	
2. Under den senaste månaden, hur ofta har Du varit tvungen att kasta vatten oftare än varannan timme?	0	1	2	3	4	5	
3. Under den senaste månaden, hur ofta har Du haft ett avbrott i urinflödet, d.v.s. urinflödet satte igång, stannande upp och satte igång igen?	0	1	2	3	4	5	
4. Under den senaste månaden, hur ofta har Du haft svårt att vänta med att kasta vatten efter det att Du har känt ett behov av att kasta vatten?	0	1	2	3	4	5	
5. Under den senaste månaden, hur ofta har Du tyckt (upplevt) att strålen varit svag?	0	1	2	3	4	5	
6. Under den senaste månaden, hur ofta har Du haft behov av att krysta eller ta i för att komma igång med vattenkastningen?	0	1	2	3	4	5	
	Aldrig	1 gång per natt	2 gånger per natt	3 gånger per natt	4 gånger per natt	5 eller fler gånger per natt	Total poängsumma för fråga 1-7:
7. Under den senaste månaden, hur ofta har Du vanligtvis behövt gå upp för att kasta vatten från det Du lägger Dig på kvällen tills det att Du stiger upp på morgonen?	0	1	2	3	4	5	_____
	Mycket nöjd	Nöjd	Ganska nöjd	Blandade känslor	Ganska missbelåten	Olycklig	Fruktansvärt
8. Om Dina vattenkastningsbesvär skulle vara oförändrade under resten av Ditt liv, hur skulle Du uppleva det?	0	1	2	3	4	5	6

Version 090206