ICIQ-SF - Cuestionario de incontinecia urinaria

Rellene el siguiente cuestionario para valorar sus síntomas:

	Nunca	Una vez a la semana	2-3 veces/semana	Una vez al día	Varias veces al día	Contínualmente
1. ¿Con qué frecuencia pierde orina?	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○

	No se me escapa nada	Muy poca cantidad	Una cantidad moderada	Mucha cantidad
2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no).	0 ○	2 ○	4 ○	6 ○

	Nada										Mucho
3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?	0 ○	1 ○	2 ○	3 ○	4 ○	5 ○	6 ○	7 ○	8 ○	9 ○	10 ○

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a usted.

☐ Nunca ☐ Antes de llegar al servicio ☐ Al toser o estornudar ☐ Mientras duerme ☐ Al realizar esfuerzos físicos/ejercicios ☐ Cuando termina de orinar y ya se ha vestido ☐ Sin motivo evidente ☐ De forma continua