

ICIQ-SF - Cuestionario de incontinencia urinaria

Rellene el siguiente cuestionario para valorar sus síntomas:

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina?

	Nunca	Una vez a la semana	2-3 veces/semana	Una vez al día	Varias veces al día	Contínualmente
	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>

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).

	No se me escapa nada	Muy poca cantidad	Una cantidad moderada	Mucha cantidad
	0 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

	Nada									Mucho	
	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>	4 <input type="radio"/>	5 <input type="radio"/>	6 <input type="radio"/>	7 <input type="radio"/>	8 <input type="radio"/>	9 <input type="radio"/>	10 <input type="radio"/>

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