



miminhoaosavós

Centro Geriátrico

Questionário de avaliação da bexiga hiperactiva

Sexo

Idade

Data ____ / ____ / ____

As perguntas deste questionário são sobre os incómodos causados por sintomas relacionados com a bexiga. Algumas pessoas sofrem destes sintomas e podem não se dar conta que eles têm tratamento. Por favor faça um "X" no número correspondente a resposta que melhor descreve quanto cada sintoma o(a) incomoda. Some o valor de todas as suas respostas para obter o resultado e anote-o no quadro abaixo.

O quanto tem sido incomodado(a)	Nada	Quase nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Muitíssimo
Urinar frequentemente durante o dia	0	1	2	3	4	5
Vontade urgente e desconfortável de urinar	0	1	2	3	4	5
Vontade repentina e urgente de urinar, com pouco ou nenhum aviso prévio	0	1	2	3	4	5
Perdas acidentais de pequenas quantidades de urina	0	1	2	3	4	5
Urinar na cama durante a noite	0	1	2	3	4	5
Acordar durante a noite para urinar	0	1	2	3	4	5
Vontade incontrolável e urgente de urinar	0	1	2	3	4	5
Perda de urina associada a forte vontade de urinar	0	1	2	3	4	5

Se for do sexo masculino, deve somar dois pontos ao resultado

Some os valores das respostas:

Se o resultado for oito ou mais de oito, pode ter bexiga hiperactiva

Leve o questionário preenchido ao seu médico

LINHA DE APOIO

800 207 251