

THE UROLOGY GROUP EVALUACION DE SINTOMAS URINARIOS (AUA SYMPTOM SCORE)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Haga un circulo en el numero que aplica mejor a usted por cada pregunta	NUNCA	MENOS DE 1 VEZ EN 5	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	APPROX. LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
VACIADO INCOMPLETO ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la sensación de que la vejiga no ha vaciado por complete al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la que orinar otra vez menos de dos horas despues de haber terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
INTERMITENCIA ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que interrumpir el orinar y empezar de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
URGENCIA ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente le ha sido difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
CHORRO DEBIL ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido un chorro débil al orinar?	0	1	2	3	4	5
ESFUERZO ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan recuentemente ha tenido qu pujar or esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	0 Veces	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 Veces	5 Veces o mas
NOCTURIA ¿Durante el último mes aproximadamente ¿cuántas veces típicamente se tuvo que levantar para orinar entre la hora que se acostó en la noche y la hora que de levanto en la mañana?	0	1	2	3	4	5

Suma la puntuacion de cada respuesta y anote el total en espacio a la derecha.

SINTOMAS DE ACUERDO A LA PUNTACION OBTENIDA: 1-7 (Leves) 8-19 (Moderados) 20-35 (Severos) TOTAL: _____

CALIDAD DE VIDA:

¿Como se sentirá si tuviera que vivir con su padecimiento urinario tal y como la afecta actualmente, es decir sin que se mejore o se empeore, durante el resto de su vida?

Encantado	Feliz	Muy Satisfecho	Neutral	Muy Insatisfecho	Infeliz	Terrible
0	1	2	3	4	5	6