



QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA SINTOMATOLOGIA DELLA PROSTATITE E DEL DOLORE PELVICO CRONICO MASCHILE

Gentile paziente, il presente questionario è di grande utilità per la diagnosi e per la valutazione della gravità dei sintomi della prostatite e del dolore pelvico cronico maschile.

Le consigliamo, nel suo interesse, di rispondere alle domande nella maniera più onesta e sincera possibile.

Nel caso in cui abbia intenzione di fissare un appuntamento con il Dr Gallo, la preghiamo vivamente di recarsi a visita, previa prenotazione telefonica, con il questionario stampato e compilato. Grazie a questa piccola accortezza faciliterà di molto il lavoro del dottore.

Grazie per la collaborazione.

DOLORE O DISAGIO

1) Nell' ultima settimana ha notato un dolore o un fastidio in una delle seguenti aree?

- | | | | | |
|--|--------------------------|---|--------------------------|---|
| a) area tra il retto e i testicoli (perineo) | SI | 1 | NO | 0 |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| b) Testicoli | SI | 1 | NO | 0 |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| c) Punta del pene (al di fuori della minzione) | SI | 1 | NO | 0 |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| d) Sotto la cintola, nell' area pubica o della vescica | SI | 1 | NO | 0 |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

2) Nell' ultima settimana ha mai notato

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| a. Dolore o bruciore durante la minzione? | SI | 1 | NO | 0 |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| b. Dolore o disagio dopo l' eiaculazione? | SI | 1 | NO | 0 |
| | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

3) Quanto spesso ha avuto dolore o disagio in una delle suddette aree **durante l' ultima settimana?**

- 0 Mai
- 1 Raramente
- 2 Qualche volta
- 3 Spesso
- 4 Abitualmente
- 5 Sempre

4) Quale numero descrive meglio **IN MEDIA** il suo dolore o senso di malessere nei giorni in cui ne ha sofferto **durante l' ultima settimana?**

- | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| <input type="checkbox"/> |
| Nessun dolore | | | | | | | | | | peggior dolore mai provato |

MINZIONE

5) Quanto spesso **durante l' ultima settimana** ha avuto la sensazione di non avere vuotato completamente la vescica dopo avere urinato:

Mai	Meno che in un caso su cinque	Meno che nella metà di tutti i casi	Circa nella metà di tutti i casi	In più della metà di tutti i casi	Quasi sempre
0	1	2	3	4	5

6) Con quale frequenza **durante l' ultima settimana** ha dovuto urinare una seconda volta in meno di due ore?

Mai	Meno che in un caso su cinque	Meno che nella metà di tutti i casi	Circa nella metà di tutti i casi	In più della metà di tutti i casi	Quasi sempre
0	1	2	3	4	5

GRAVITA' DEI SINTOMI

7) Quanto i suoi sintomi la hanno disturbata nello svolgimento della sua normale vita quotidiana durante l' ultima settimana?

- 0 Per niente
- 1 Soltanto un po'
- 2 Abbastanza
- 3 Molto

8) Quanto nell' ultima settimana ha pensato ai suoi sintomi?

- 0 Mai
- 1 Qualche volta
- 2 Abbastanza spesso
- 3 Spesso

QUALITA' DELLA VITA

9) Se dovesse trascorrere il resto della sua vita coi sintomi di cui ha sofferto nell' ultima settimana come si sentirebbe?

- 0 Felice
- 1 Soddisfatto
- 2 Per lo più soddisfatto
- 3 Misto (ugualmente soddisfatto e insoddisfatto)
- 4 Per lo più insoddisfatto
- 5 Infelice
- 6 Terribilmente infelice

TOTALE (0 – 43):