

Ερωτηματολόγιο Διάμεσης Κυστίτιδας

Interstitial Cystitis Symptoms Index (ICSI)

Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα:

Πόσο συχνά νιώσατε την επιτακτική ανάγκη να ουρήσετε με λίγη ή καθόλου προειδοποίηση;

0. Καθόλου
1. Λιγότερο από 1 στις 5 φορές
2. Λιγότερες από τις μισές φορές
3. Περίπου τις μισές φορές
4. Περισσότερες από τις μισές φορές
5. Σχεδόν πάντα

Νιώσατε την ανάγκη να ουρήσετε σε λιγότερο από 2 ώρες από την τελευταία ούρηση;

0. Καθόλου
1. Λιγότερο από 1 στις 5 φορές
2. Λιγότερες από τις μισές φορές
3. Περίπου τις μισές φορές
4. Περισσότερες από τις μισές φορές
5. Σχεδόν πάντα

Συνήθως, πόσο συχνά σηκώνεστε τη νύχτα για να ουρήσετε;

0. Ποτέ
1. Μία φορά
2. Δύο φορές
3. Τρεις φορές
4. Τέσσερις φορές
5. Πέντε φορές ή περισσότερες

Έχετε νοιώσει πόνο ή κάψιμο στην κύστη σας;

0. Καθόλου
1. Μερικές φορές
2. Αρκετά συχνά
3. Συνήθως
4. Σχεδόν πάντα

Άθροισμα _____

Interstitial Cystitis Problem Index (ICPI)

Κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα:

Πόσο συχνά καθένα από τα ακόλουθα ήταν πρόβλημα για εσάς.

Συχνή ούρηση κατά τη διάρκεια της ημέρας;

0. Καθόλου πρόβλημα
1. Πολύ μικρό πρόβλημα
2. Μικρό πρόβλημα
3. Μέτριο πρόβλημα
4. Μεγάλο πρόβλημα

Ξύπνημα για ούρηση κατά τη διάρκεια της νύχτας;

0. Καθόλου πρόβλημα
1. Πολύ μικρό πρόβλημα
2. Μικρό πρόβλημα
3. Μέτριο πρόβλημα
4. Μεγάλο πρόβλημα

Ανάγκη για ούρηση με σύντομη προειδοποίηση;

0. Καθόλου πρόβλημα
1. Πολύ μικρό πρόβλημα
2. Μικρό πρόβλημα
3. Μέτριο πρόβλημα
4. Μεγάλο πρόβλημα

Κάψιμο, πόνος, δυσφορία ή πίεση στην κύστη σας;

0. Καθόλου πρόβλημα
1. Πολύ μικρό πρόβλημα
2. Μικρό πρόβλημα
3. Μέτριο πρόβλημα
4. Μεγάλο πρόβλημα

Άθροισμα _____