ICIQ-OAB

Síntomas de vejiga hiperactiva

Cuestionario sobre vejiga hiperactiva

En las siguientes preguntas, piense en los síntomas generales de su vejiga durante las **últimas 4 semanas** y en el efecto que han tenido en su vida. Responda a cada pregunta lo mejor posible indicando la frecuencia con que se ha sentido así.

NOMBRE Y APELLIDOS | FECHA DE HOY | FECHA DE NACIMIENTO

---

2 **Usted es:**

☐ Mujer ☐ Varón

3a **Durante el día, ¿cuántas veces orina, por término medio?**

1-6 veces	7-8 veces	9-10 veces	11-12 veces	13 o más
0	1	2	3	4

3b **¿Qué tipo de problema supone esto para usted?**

Marque un número entre 0 (no me afecta nada) y 10 (me afecta mucho).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

no me afecta nada — me afecta mucho

4a **Durante la noche, ¿cuántas veces tiene que levantarse a orinar, por término medio?**

ninguna vez	una vez	dos veces	tres veces	cuatro o más veces
0	1	2	3	4

4b **¿Qué tipo de problema supone esto para usted?**

Marque un número entre 0 (no me afecta nada) y 10 (me afecta mucho).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

no me afecta nada — me afecta mucho

5a **¿Tiene usted que apurarse (darse prisa) para ir al servicio a orinar?**

nunca	algunas veces	bastantes veces	la mayoría de las veces	siempre
0	1	2	3	4

5b **¿Qué tipo de problema supone esto para usted?**

Marque un número entre 0 (no me afecta nada) y 10 (me afecta mucho).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

no me afecta nada — me afecta mucho

6a ¿Pierde algo de orina antes de llegar al servicio?

nunca	algunas veces	bastantes veces	la mayoría de las veces	siempre
0	1	2	3	4

6b ¿Qué tipo de problema supone esto para usted?

Marque un número entre 0 (no me afecta nada) y 10 (me afecta mucho).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

no me afecta nada — me afecta mucho

Puntuación de síntomas: sume las respuestas 3a + 4a + 5a + 6a ____

Muchas gracias por contestar estas preguntas.

ICIQ-OAB (Spanish) 10/05. Copyright © "ICIQ Group": the ICIQ-OAB is based on the ICSmale and BFLUTS. © ICSmale/BFLUTS.