

## 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
<b>VACIADO INCOMPLETO</b> ¿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?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>FRECUENCIA</b> ¿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?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>INTERMITENCIA</b> ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que interrumpir el orinar y empezar de nuevo varias veces?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>URGENCIA</b> ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente le ha sido difícil aguantarse las ganas de orinar?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>CHORRO DEBIL</b> ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido un chorro débil al orinar?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>ESFUERZO</b> ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan recuentemente ha tenido qu pujar or esforzarse para empezar a orinar?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
	<b>0 Veces</b>	<b>1 Vez</b>	<b>2 Veces</b>	<b>3 Veces</b>	<b>4 Veces</b>	<b>5 Veces o mas</b>
<b>NOCTURIA</b> ¿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?	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

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
<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>