

Cuestionario de Síntomas Pélvicos

1. Frecuencia Urinaria: Horas Diurnas ____ veces por día, Horas Nocturnas ____ veces por noche

Problemas/hábitos intestinales/Vejiga

Y/N	Problemas para iniciar la corriente de orina	Y/N	Sangre en la orina
Y/N	Flujo urinario intermitente/lento	Y/N	Dolor al orinar
Y/N	Problemas para vaciar la vejiga	Y/N	Problemas para sentir que su vejiga llena
Y/N	Dificultad para detener el flujo de orina	Y/N	Uso de laxantes actual
Y/N	Esfuerzo o puje para vaciar la vejiga	Y/N	Problemas para sentir la necesidad de evacuaciones fecales.
Y/N	Goteo después de orinar	Y/N	Estreñimiento/ Esfuerzo
Y/N	Fuga de orina constante	Y/N	Problema para retener gas/heces
Y/N	Otro/describa: _____	Y/N	Infecciones recurrentes en la vejiga

2. Cuando usted tiene ganas de orinar, ¿cuánto tiempo puede esperar antes de tener que ir al baño?
____ Minutos, ____ Horas, ____ Debe ir inmediatamente

3. La cantidad usual de orina que pasa es: __ Poca __ Media __ Mucha

4. Frecuencia de evacuaciones intestinales __ veces al día, __ veces por semana, o _____.

5. Cuando usted tiene la necesidad de evacuar, ¿cuánto tiempo puede esperar antes de tener que ir al baño? ____ Minutos ____ Horas ____ Debe ir inmediatamente

6. Si Ud. Sufre de estreñimiento, describa la técnica de manejo: _____

7. Consumo promedio de líquido (un vaso es de 8 oz o 1 taza): ____ vasos por día

8. Califique una sensación de "que se le cae" un órgano/prolapso/ pesadez o presión pélvica:
____ Ninguna presente ____ Veces al mes (especifique si está relacionado con actividad o su período)
____ Estando de pie por ____ minutos o ____ horas ____ Al realizar algun esfuerzo

9. ¿Tiene algún dolor con: exámenes ginecológicos ____ Uso de tampón ____ Coito ____

Omitir preguntas si NO hay Fugas/Incontinencia:

10a. Incontinencia Urinaria -número de episodios

- ____ Ninguna
- ____ Veces por día
- ____ Veces por semana
- ____ Veces al mes
- ____ Sólo con esfuerzo físico/tos

11a. En promedio, ¿cuánta orina goteas?

- ____ Ninguna
- ____ Sólo unas gotas
- ____ Moja la ropa interior
- ____ Moja la ropa exterior
- ____ Moja el suelo

10b. Incontinencia Fecal- número de episodios:

- ____ Ninguna
- ____ Veces por día
- ____ Veces por semana
- ____ Veces al mes
- ____ Solo con esfuerzo/o urgencia de ir

11b. ¿Cuántas heces pierdes?

- ____ Ninguna
- ____ Manchado
- ____ Pequeña cantidad en ropa interior
- ____ Vaciado Completo

12. ¿Qué tipo de protección usas? (Por favor complete solo una)

- ____ Ninguna
- ____ Protección mínima (Papel higiénico/Protectores diarios)
- ____ Protección moderada (Producto absorbente, maxipad)
- ____ Protección máxima (Productos especiales/pañales)
- ____ Otros _____

En promedio, cuántos cambios de toallas/protección requiere en 24 horas? _____ # de toallas