

【 IPSS 】	Nenhuma	Menos de 1 vez em 5	Menos da ½ das vezes	Metade das vezes	Mais da ½ das vezes	Quase sempre
No último mês:						
Esvaziamento incompleto Quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga, após terminar de urinar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Frequência Quantas vezes você teve de urinar novamente, em menos de 2 horas, após ter urinado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Intermitência Quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Urgência Quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Fluxo fraco Quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Esforço Quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes	4 vezes	5 vezes ou mais
Noctúria Quantas vezes em média, você teve de se levantar à noite para urinar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

【 QOL 】	De alegria	Satisfeito	Principalmente satisfeito	Variado	Principalmente insatisfeito	Infeliz	Terrível
So você passasse o resto da sua vida com sua condição urinária de jeito que está agora, Como você se sentiria sobre isso?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

【 OABSS 】	1-6 vezes	8-14 vezes	15 vezes ou mais	Urologia Seseragi		
Frequência Com que frequência você urina durante o dia?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
	Nenhuma	1 vez	2 vezes	3 vezes ou mais		
Noctúria Quantas vezes em média, você teve de se levantar à noite para urinar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		
	Nunca	Esporadicamente	Em torno de uma vez ao dia	Em torno de três vezes ao dia	Em metade das vezes	Quase sempre
Urgência : Com que frequência você sente uma vontade súbita e forte de urinar que faz com que você tenha medo de vaziar urina se não puder ir ao banheiro imediatamente?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Incontinência de urgência Com que frequência ocorre vazamento de urina após sentir uma forte vontade?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5