

E21. En este cuestionario, se hacen preguntas sobre diferentes síntomas urinarios. Lea cada pregunta con cuidado y, luego, marque la respuesta que mejor describa sus síntomas.

	Nunca	Algunas veces	Más o menos la mitad del tiempo	La mayor parte del tiempo	Siempre
1. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia sintió una necesidad repentina de orinar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tuvo pérdidas de orina o mojó una compresa/toallita después de sentir una necesidad repentina de orinar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tuvo pérdidas de orina o mojó una compresa/toallita mientras se reía, estornudaba o tosía?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tuvo pérdidas de orina o mojó una compresa/toallita cuando hacía actividades físicas, como hacer ejercicio o levantar un objeto pesado?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tuvo dolor o molestias en la vejiga mientras se llenaba?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia tuvo que esperar antes de comenzar a orinar?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia el flujo de orina fue lento o débil?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia se le escapó orina justo después de abrocharse el pantalón o levantarse la ropa interior?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
9. En los últimos 7 días, durante las horas que estuvo despierta, ¿cuántas veces orinó normalmente?	(3 o menos veces por día)	(De 4 a 7 veces por día)	(De 8 a 10 veces por día)	(11 o más veces por día)	
	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
10. En los últimos 7 días, normalmente durante una noche, ¿cuántas veces se despertó y orinó?	(Ninguna)	(1 vez)	(De 2 a 3 veces)	(Más de 3 veces)	
En los últimos 7 días, ¿en qué medida se sintió molesta por sus síntomas urinarios?	<input type="checkbox"/> Para nada molesta	<input type="checkbox"/> Algo molesta	<input type="checkbox"/> Muy molesta	<input type="checkbox"/> Sumamente molesta	