

Cuestionario de Síntomas Prostáticos (IPSS)



Nombre: _____

Fecha: _____

	(0) – Nunca	(1) – Menos de 1 de cada 5 veces	(2) – Menos de la mitad del tiempo	(3) – La mitad del tiempo	(4) – Más de la mitad del tiempo	(5) – Casi siempre
Durante el último mes, ¿Con qué frecuencia ha tenido la sensación de no haber vaciado su vejiga completamente después de terminar de orinar?						
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia volvió a orinar en menos de dos horas después de terminar la micción anterior?						
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia notó que interimpía y volvía a comenzar varias veces la micción mientras orinaba?						
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia notó que era urgente el ir a orinar?						
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo un chorro de orina débil?						
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo necesidad de pujar o hacer esfuerzo para empezar a orinar?						
Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido que orinar durante la noche, desde que se acuesta hasta que se levanta por la mañana?						