

# HOJA DE PUNTUACIÓN INTERNACIONAL RELACIONADA CON SÍNTOMAS SÍNTOMAS DE LA PRÓSTATA

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

	Nunca	Menos de 1 de 5 veces	Menos de la mitad de las veces	Casi la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
<b>VACIADO INCOMPLETO</b> En el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>FRECUENCIA</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que volver a orinar en menos de 2 horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>INTERMITENCIA</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia observó que la orina se detuvo y reanudó varias veces?	0	1	2	3	4	5
<b>URGENCIA</b> Durante el último mes, ¿cuántas veces le resultó difícil esperar para orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>FLUJO DÉBIL</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo un flujo urinario débil?	0	1	2	3	4	5
<b>ESFUERZO</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5

	Nunca	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	Más de 5 veces
<b>SUEÑO</b> Durante el último mes, ¿cuántas veces se levantó en la noche a orinar?	0	1	2	3	4	5

Sume los resultados anteriores para obtener su puntaje total de síntomas = \_\_\_\_\_

De 1 a 7 leves | De 8 a 19 moderados | De 20 a 35 graves

	Contento	Satisfecho	Bastante satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante insatisfecho	Descontento	Fatal
<b>CALIDAD DE VIDA</b> Si tuviera que pasar el resto de su vida con su afección urinaria tal como está ahora, ¿cómo se sentiría al respecto?	0	1	2	3	4	5	6
<b>OTRAS CONSIDERACIONES</b> Si el alivio de los síntomas solo durara de 1 a 3 años, ¿cómo se sentiría al respecto?	0	1	2	3	4	5	6
Si ya no pudiera estar sexualmente activo, ¿cómo se sentiría al respecto?	0	1	2	3	4	5	6



Escanee el código QR para conocer los riesgos y beneficios de la terapia Aquablation.

**AQUABLATION**<sup>®</sup>  
THERAPY

# HOJA DE PUNTUACIÓN POSTERIOR AL TRATAMIENTO DE HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

	Nunca	Menos de 1 de 5 veces	Menos de la mitad de las veces	Casi la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
<b>VACIADO INCOMPLETO</b> En el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>FRECUENCIA</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que volver a orinar en menos de 2 horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>INTERMITENCIA</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia observó que la micción se detuvo y reanudó varias veces?	0	1	2	3	4	5
<b>URGENCIA</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia le costó esperar para orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>FLUJO DÉBIL</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo un flujo urinario débil?	0	1	2	3	4	5
<b>ESFUERZO</b> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que esforzarse o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5

	Nunca	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	Más de 5 veces
<b>SUEÑO</b> Durante el último mes, ¿cuántas veces se levantó en la noche a orinar?	0	1	2	3	4	5

Sume los puntajes de arriba para obtener su puntaje total de síntomas = \_\_\_\_\_  
De 1 a 7 leves | De 8 a 19 moderados | De 20 a 35 graves

	Contento	Satisfecho	Bastante satisfecho	Ni satisfecho ni insatisfecho	Bastante insatisfecho	Descontento	Fatal
<b>CALIDAD DE VIDA</b> Si tuviera que pasar el resto de su vida con su afección urinaria tal como está ahora, ¿cómo se sentiría al respecto?	0	1	2	3	4	5	6
<b>OTRAS CONSIDERACIONES</b> Si el alivio de los síntomas solo durara de 1 a 3 años, ¿cómo se sentiría al respecto?	0	1	2	3	4	5	6
Si ya no pudiera estar sexualmente activo, ¿cómo se sentiría al respecto?	0	1	2	3	4	5	6