

Patient _____ **Date de naissance** _____

I-PSS (S)

Toutes les données se réfèrent aux 4 dernières semaines Prière de cocher:	Jamais	Environ 1 fois sur 5 (<20%)	Environ 1 fois sur 3	Environ 1 fois sur 2 (env. 50%)	Environ 2 fois sur 3	Presque toujours
1. Avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné?	0	1	2	3	4	5
2. Avec quelle fréquence avez-vous dû uriner à nouveau moins de deux heures après avoir fini d'uriner?	0	1	2	3	4	5
3. Avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine, c'est-à-dire démarrage du jet puis arrêt, puis redémarrage?	0	1	2	3	4	5
4. Avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à retarder le moment d'uriner?	0	1	2	3	4	5
5. Avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la force du jet d'urine?	0	1	2	3	4	5
6. Avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner?	0	1	2	3	4	5
7. Combien de fois par nuit en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher et celui de votre lever définitif du matin?)	jamais (0)	1 fois (1)	2 fois (2)	3 fois (3)	4 fois (4)	5 fois (5)

Score I-PSS total

S=

Indice de la qualité de vie liée aux symptômes urinaires (L)

Comment vous sentiriez-vous si votre manière actuelle d'uriner ne devait plus changer à l'avenir?	très satisfait	satisfait	plutôt satisfait	partagé (ni satisfait ni ennuyé)	plutôt ennuyé	éprouvé	très éprouvé
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)

Indice Qualité de vie

L=