

Анкета ICIQ-SF

Международный индекс оценки удержания мочи

(рекомендован Международным обществом по недержанию мочи)

Начальный номер

день

месяц

год

У многих людей иногда происходит непроизвольное мочеиспускание. Мы пытаемся выяснить, у какого количества людей непроизвольно выделяется моча и насколько это их беспокоит.

Мы будем Вам признательны, если Вы ответите на следующие вопросы, обдумывая свое самочувствие **ЗА ПОСЛЕДНИЕ 4 НЕДЕЛИ**.

1 Пожалуйста, впишите дату Вашего рождения:

день

месяц

год

2 Вы являетесь (отметьте галочкой):

женщиной мужчиной

3 Как часто у Вас происходит непроизвольное мочеиспускание? (Отметьте одну ячейку.)

- Никогда 0
- Приблизительно 1 раз/нед или реже 1
- 2 или 3 раза/нед 2
- 1 раз в день 3
- Несколько раз в день 4
- Все время 5

4 Как Вы думаете, сколько мочи у Вас непроизвольно выделяется? (Пользуетесь ли Вы средствами защиты или нет?) (Отметьте одну ячейку.)

- Нисколько 0
- Незначительное количество 2
- Небольшое количество 4
- Большое количество 6

5 Насколько сильные неудобства доставляет Вам непроизвольное мочеиспускание в целом в повседневной жизни? Пожалуйста, обведите число от 0 (никаких неудобств) до 10 (большие неудобства).

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

Никаких
неудобств

Большие
неудобства

4

Когда у Вас происходит потеря мочи? (Пожалуйста, отметьте все верные в Вашем случае варианты.)

- Никогда – непроизвольного мочеиспускания не происходит
- Непроизвольное мочеиспускание происходит прежде, чем Вы доходите до туалета
- Непроизвольное мочеиспускание происходит при кашле или чихании
- Непроизвольное мочеиспускание происходит во время сна
- Непроизвольное мочеиспускание происходит во время физической нагрузки
- Непроизвольное мочеиспускание происходит после того, как Вы помочились и оделись
- Непроизвольное мочеиспускание происходит без особых причин
- Непроизвольное мочеиспускание происходит постоянно

Благодарим Вас за заполнение анкеты!

Если у Вас появились вопросы и желание обсудить данную проблему с врачом, укажите свои координаты:

тел. _____

PIS-Q-12

Представленные Вашему вниманию вопросы посвящены Вашей сексуальной жизни. Вся информация конфиденциальна, а Ваши ответы лишь помогут врачу оценить важность сексуальной жизни для Вас.

Пожалуйста, выберите один наиболее подходящий, по Вашему мнению, ответ. При ответе на вопросы оценивайте Вашу сексуальную жизнь **ЗА ПОСЛЕДНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ**.

Пожалуйста, впишите дату Вашего рождения:

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| день | | месяц | | год | |

- 1** Как часто Вы чувствуете сексуальное желание? Это понятие может включать желание сексуальной близости, планирование сексуальных контактов и т.д.
- | | |
|----------------------|--------------------------|
| Ежедневно | <input type="checkbox"/> |
| Каждую неделю | <input type="checkbox"/> |
| 1 раз в месяц | <input type="checkbox"/> |
| Менее 1 раза в месяц | <input type="checkbox"/> |
| Никогда | <input type="checkbox"/> |

- 2** Испытываете ли Вы оргазм во время полового контакта с Вашим партнером?
- | | |
|---------|--------------------------|
| Всегда | <input type="checkbox"/> |
| Обычно | <input type="checkbox"/> |
| Иногда | <input type="checkbox"/> |
| Редко | <input type="checkbox"/> |
| Никогда | <input type="checkbox"/> |

- 3** Испытываете ли Вы сексуальное возбуждение во время сексуальной близости?
- | | |
|---------|--------------------------|
| Всегда | <input type="checkbox"/> |
| Обычно | <input type="checkbox"/> |
| Иногда | <input type="checkbox"/> |
| Редко | <input type="checkbox"/> |
| Никогда | <input type="checkbox"/> |

- 4** Удовлетворены ли Вы разнообразием Вашей настоящей сексуальной жизни?
- | | |
|---------|--------------------------|
| Всегда | <input type="checkbox"/> |
| Обычно | <input type="checkbox"/> |
| Иногда | <input type="checkbox"/> |
| Редко | <input type="checkbox"/> |
| Никогда | <input type="checkbox"/> |

- 5** Испытываете ли Вы боль во время полового контакта?
- | | |
|---------|--------------------------|
| Всегда | <input type="checkbox"/> |
| Обычно | <input type="checkbox"/> |
| Иногда | <input type="checkbox"/> |
| Редко | <input type="checkbox"/> |
| Никогда | <input type="checkbox"/> |

- 6** Теряете ли Вы мочу во время сексуальной близости?
- | | |
|---------|--------------------------|
| Всегда | <input type="checkbox"/> |
| Обычно | <input type="checkbox"/> |
| Иногда | <input type="checkbox"/> |
| Редко | <input type="checkbox"/> |
| Никогда | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|---|
| <p>7 Органичивает ли Вашу сексуальную активность страх потери мочи?</p> | <p>Всегда <input type="checkbox"/></p> <p>Обычно <input type="checkbox"/></p> <p>Иногда <input type="checkbox"/></p> <p>Редко <input type="checkbox"/></p> <p>Никогда <input type="checkbox"/></p> |
| <p>8 Избегаете ли Вы половых контактов из-за опущения органов малого таза?</p> | <p>Всегда <input type="checkbox"/></p> <p>Обычно <input type="checkbox"/></p> <p>Иногда <input type="checkbox"/></p> <p>Редко <input type="checkbox"/></p> <p>Никогда <input type="checkbox"/></p> |
| <p>9 Испытываете ли Вы во время секса с Вашим партнером такие негативные эмоции как страх, стыд, вина?</p> | <p>Всегда <input type="checkbox"/></p> <p>Обычно <input type="checkbox"/></p> <p>Иногда <input type="checkbox"/></p> <p>Редко <input type="checkbox"/></p> <p>Никогда <input type="checkbox"/></p> |
| <p>10 Имеет ли Ваш партнер проблемы с эрекцией, которые отражаются на Вашей сексуальной жизни?</p> | <p>Всегда <input type="checkbox"/></p> <p>Обычно <input type="checkbox"/></p> <p>Иногда <input type="checkbox"/></p> <p>Редко <input type="checkbox"/></p> <p>Никогда <input type="checkbox"/></p> |
| <p>11 Имеются ли у Вашего партнера проблемы с эякуляцией (семяизвержением), которые влияют на Вашу сексуальную жизнь?</p> | <p>Всегда <input type="checkbox"/></p> <p>Обычно <input type="checkbox"/></p> <p>Иногда <input type="checkbox"/></p> <p>Редко <input type="checkbox"/></p> <p>Никогда <input type="checkbox"/></p> |
| <p>12 Насколько изменилась интенсивность оргазмов за последние 6 месяцев по сравнению с теми, которые были у Вас раньше? Они стали:</p> | <p>намного менее интенсивными <input type="checkbox"/></p> <p>менее интенсивными <input type="checkbox"/></p> <p>интенсивность не изменилась <input type="checkbox"/></p> <p>более интенсивными <input type="checkbox"/></p> <p>намного более интенсивными <input type="checkbox"/></p> |

Благодарим Вас за заполнение анкеты!

Если у Вас появились вопросы и желание обсудить данную проблему с врачом, укажите свои координаты:

тел. _____