

Cuestionario para pacientes nuevos de Alexis Chesrow MD, FPMRS

¿Qué se trae hoy? _____

¿Qué ha intentado para esto en el pasado? _____

¿Cuántas veces orinas durante el día? <5 5-10 10-15 >15

¿Cuántas de estas micciones diurnas son URGENTES? <25% 25% 50% 75% 100%

¿Cuántas veces te despiertas del sueño para orinar? 0-1 1-2 2-3 3-4 >4

¿Tiene pérdidas de orina cuando se despierta para orinar? Sí No

¿Te despiertas del sueño ya mojado? Sí No

¿Tiene pérdidas de orina en el camino al baño / antes de sentarse? Sí No

Unas gotas Moja tu ropa interior / almohadilla Remoja tu ropa / almohadilla

¿Tiene goteo de orina después de que haya terminado de orinar? Sí No A veces

¿Tiene pérdidas de orina al toser, estornudar, hacer ejercicio o levantar objetos? Sí No

Unas gotas Moja tu ropa interior / almohadilla Remoja tu ropa / almohadilla

¿Número de almohadillas / pullups / otros utilizados durante el DÍA para fugas? _____

¿Número de almohadillas / pullups / otros utilizados MIENTRAS DUERME por fugas? _____

¿Fuerza del chorro urinario? Fuerte Débil Pausa antes de que empiece Se inicia y se detiene

¿Sientes que vacías la vejiga por completo? Sí No A veces

¿Tiene que orinar dos veces para vaciar? Sí No A veces

Consumo diario de líquidos (tazas):

Agua _____ Café _____ Té _____ Jugo _____ Soda _____ Otro/Alcohol _____

¿Siente una sensación de prolapso (protuberancia o bola que llega a la abertura vaginal)? Sí No

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Ha probado un pesario? _____

¿Algún cambio en la forma en que orina o defeca? _____

¿Alguna necesidad de empujar algo dentro de la vagina para orinar o defecar? Sí No

¿Ha tenido alguna cirugía por incontinencia o prolapso? _____

¿Cirugías urológicas/ginecológicas/abdominales anteriores, incluida la histerectomía? _____

Cuantos?: Partos vaginales _____ Cesáreas _____ Mayor peso al nacer _____

¿Algún problema con los partos (rápidos, prolongados, episiotomía)? _____

¿Eres sexualmente activa? Sí No

Si no, se gustaría serlo? Sí No

¿Algún dolor actual o anterior con las relaciones sexuales? Sí No

Cualquier Vaginal: Dolor Sequedad Picazón Cambios en la piel

¿Algún reemplazo hormonal (vaginal o de todo el cuerpo)? _____

¿Con qué frecuencia suele defecar? ____/Día. ____/Semana ____/Mes

Es su materia fecal: Suelta Suave Formada Dura

¿Alguna urgencia fecal o episodios de incontinencia fecal? ____/Día ____/Semana ____/Mes

¿Algún problema neurológico?

CVA Sí No Demencia Sí No

AIT Sí No Parkinson Sí No

Accidente cerebrovascular Sí No Esclerosis múltiple Sí No

Lesión en la cabeza Sí No Ansiedad Sí No

Cirugía de espalda Sí No Depresión Sí No

Problemas de columna vertebral Sí No Bipolar Sí No

Problemas de memoria Sí No

¿Alguna vez has visto o se han dicho que tienes sangre en la orina? Sí No

¿Algún cálculo renal previo? Sí No

Aprobado por sí solo ESWL (onda de choque) Ureteroscopia Stent ureteral PCNL

¿Algún problema con infecciones del tracto urinario/infecciones de la vejiga? Sí No

Cuántas en los últimos 12 meses: _____

Cualquier problema pediátrico con: micción incontinencia estreñimiento UTI

¿Es diabético? Sí No

¿Último valor de HGA1C? _____

Cualquier historial de o actual: cáncer radiación uso de esteroides anticoagulantes

¿Fumador actual o anterior? Sí No

¿Por cuantos años? _____

¿Número máximo de paquetes/día? _____

¿Alguna exposición química significativa? _____

¿Algún otro problema de salud importante? _____