

Cuestionario para pacientes nuevos de Alexis Chesrow MD

¿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 _____
¿Eres sexualmente activo?				Sí	No
Si no, ¿te gustaría estarlo?				Sí	No
¿Algún dolor actual o previo con el coito?				Sí	No
¿Algún problema para conseguir o mantener una erección?				Sí	No A veces
¿Algún medicamento o intervención previa para la disfunción eréctil?					_____
¿Algún reemplazo hormonal?				Sí	No
¿Algún cáncer de próstata?				Sí	No
Si es así, ¿qué intervenciones ha tenido?					_____
¿Alguna familia h/o cáncer de próstata?				Sí	No
Si es así, ¿cómo se relaciona y a qué edad fueron diagnosticados?					_____
¿Te has hecho pruebas de PSA anteriormente?				Sí	No
Último valor de PSA:					_____

¿Con qué frecuencia suele tener una evacuación intestinal? ____/Día ____/Semana ____/Mes

Es su materia fecal: Suelta Suave Formada Dura

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

¿Cirugías urológicas/abdominales previas? _____

¿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 te han dicho que tienes sangre en la orina? Sí No

¿Algún cálculo renal previo? Sí No

Transmitidos por su cuenta ESWL(onda de choque) Ureteroscopia Stent PCNL

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

Cuántos en los últimos 12 meses: _____

Cualquier problema pediátrico con: micción incontinencia estreñimiento ITU

¿Eres diabético? Sí No

¿Último valor de HGA1C? _____

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

¿Fumador actual o anterior? Sí No

¿Durante cuántos años? _____

¿Número máximo de paquetes/día? _____

¿Alguna exposición química significativa? _____

¿Algún otro problema de salud importante? _____