



## SYMTOMBEDÖMNING VID PROSTATABEVÄR (I-PSS)

Namn: ..... Pers nr: ..... Datum: .....

Ringa in ett lämpligt alternativ

<b>OBS! Frågorna avser hur vattenkastningen varit sista månaden.</b>	Inte alls	Mindre än var 5:e gång	Mindre än varannan gång	Ungefär hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna	Nästan alltid
Hur ofta har Du haft en känsla av att ej kunna tömma blåsan?	0	1	2	3	4	5
Hur ofta har Du varit tvungen att kasta vatten inom två timmar efter föregående toalettbesök?	0	1	2	3	4	5
Hur ofta kommer urinen i flera portioner vid vattenkastning?	0	1	2	3	4	5
Hur ofta har Du svårt att hålla Dig när Du blir kissnödig?	0	1	2	3	4	5
Hur ofta har Du svag urinstråle?	0	1	2	3	4	5
Hur ofta måste Du trycka på för att få fram urinen?	0	1	2	3	4	5
	Aldrig	1 gång	2 gånger	3 gånger	4 gånger	5 gånger eller flera
Hur ofta behöver Du vanligtvis kasta vatten varje natt?	0	1	2	3	4	5
<b>Summa poäng</b>						

	Mycket bra	Bra	Acceptabelt	Varken bra eller dåligt	Ganska dåligt	Mycket dåligt	Fruktansvärt
Om Du var tvungen att leva med vattenkastningen som den är idag, hur skulle det kännas?	0	1	2	3	4	5	6

Denna blankett kan Du lämna i Receptionen på Svea Vårdcentral