|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **پرسشنامه و برنامه ادراری زنان**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **تاریخ تولد** |  | **کشور** |  | | **سابقه بیماری** |  | | | | **داروهای مصرفی** |  | | | | |  | 5. آیا احساس تاخیر قبل از شروع دفع ادرار دارید؟ | |
|  | هیچ وقت |
|  | گهگاه |
|  | بعضی وقتها |
|  | بیشتر اوقات |
|  | همیشه |
| چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | |
| اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | |
| 1. بطور متوسط در طول شب چند بار برای ادرار کردن بیدار می شوید؟ | | | 6. آیا برای ادرار کردن زور می زنید؟ | |
|  | اصلاً | |  | هیچ وقت |
|  | یک بار | |  | گهگاه |
|  | دو بار | |  | بعضی وقتها |
|  | سه بار | |  | بیشتر اوقات |
|  | چهار بار | |  | همیشه |
| چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | | | چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | |
| اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | | | اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | |
| 1. آیا احساس اضطرار ناگهانی برای دفع ادرار دارید؟ | | | 7. آیا بیش از یکبار جریان ادرار قطع و وصل می شود؟ | |
|  | هیچ وقت | |  | هیچ وقت |
|  | گهگاه | |  | گهگاه |
|  | بعضی وقتها | |  | بعضی وقتها |
|  | بیشتر اوقات | |  | بیشتر اوقات |
|  | همیشه | |  | همیشه |
| چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | | | چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | |
| اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | | | اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | |
| 1. آیا در مثانه خود احساس درد می کنید؟ | | | 8. آیا قبل از رسیدن به دستشویی ادرارتون نشت می کند؟ | |
|  | هیچ وقت | |  | هیچ وقت |
|  | گهگاه | |  | گهگاه |
|  | بعضی وقتها | |  | بعضی وقتها |
|  | بیشتر اوقات | |  | بیشتر اوقات |
|  | همیشه | |  | همیشه |
| چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | | | چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | |
| اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | | | اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | |
| 4. روزانه چند بار برای دفع ادرار به دستشویی می روید؟ | | | 9. روزانه چندبار ادرارتان نشت می کند؟ | |
|  | 1-6 بار | |  | هیچ وقت |
|  | 7-8 بار | |  | گهگاه |
|  | 9-10 بار | |  | بعضی وقتها |
|  | 11-12 بار | |  | بیشتر اوقات |
|  | 13 بار یا بیشتر | |  | همیشه |
| چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | | | چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | |
| اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | | | اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10. آیا وقتی فعالیت فیزیکی دارید و یا وقتی سرفه و عطسه می کنید نشت ادراری دارید؟ | | | | | | **برنامه ادراری 24 ساعته** | | | **تاریخ** | | | |
|  | هیچ وقت | | | | | **زمان\*** | **مایعات مصرفی** | | **حجم ادرار**  **(میلی لیتر)** | | **احساس ادرار** (1 -5) | **تعداد پدهای مصرفی** |
|  | گهگاه | | | | | **جمع**  **(میلی لیتر)** | **نوع** |
|  | بعضی وقتها | | | | | \* لطفا زمان **بیدار شدن** و **خوابیدن** خود را مشخص نمایید | | | | | | |
|  | بیشتر اوقات | | | | | **6 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | همیشه | | | | | **7 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
| چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | | | | | | **8 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
| اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | | | | | | **9 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
| 11. آیا نشت ادراری بدون دلیل خاصی برای شما اتفاق می افتد؟ | | | | | | **10 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | هیچ وقت | | | | | **11 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | گهگاه | | | | | **12 ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | بعضی وقتها | | | | | **1 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | بیشتر اوقات | | | | | **2 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | همیشه | | | | | **3 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
| چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | | | | | | **4 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
| اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | | | | | | **5 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
| 12. آیا هنگام خواب دچار نشت ادراری می شوید؟ | | | | | | **6 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | هیچ وقت | | | | | **7 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | گهگاه | | | | | **8 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | بعضی وقتها | | | | | **9 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | بیشتر اوقات | | | | | **10 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | همیشه | | | | | **11 بعد از ظهر** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
| چقدر این مسئله برای شما آزار دهنده است؟ | | | | | | **12شب** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
| اصلاً < 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 01 > خیلی زیاد | | | | | | **1 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | | | | | | **2 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
| آیا مایل به ارایه اطلاعات بیشتر هستید؟ | | | | |  | **3 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | | بلی |  | خیر | **4 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |
|  | | | | | | **5 صبح** |  | انتخاب کنید | |  |  |  |