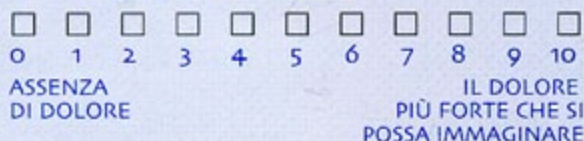


Dolori o disturbi

1. Nella scorsa settimana ha accusato dolore o fastidio nelle seguenti aree del corpo?
- | | SI | NO |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Tra il retto e i testicoli (perineo) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| b. Testicoli | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| c. Nella punta del pene (non in concomitanza con la minzione) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| d. Sotto la vita, nella area pubica o vescicale | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
2. Nella scorsa settimana ha accusato:
- | | SI | NO |
|--|----------------------------|----------------------------|
| a. Dolore o bruciore durante la minzione? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| b. Dolore o fastidio durante o dopo lo orgasmo (Eiaculazione)? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
3. Quante volte, nella scorsa settimana, ha accusato dolore o fastidio in tali aree del corpo?

- 0 Mai
 1 Raramente
 2 Qualche volta
 3 Spesso
 4 Quasi sempre, abitualmente
 5 Sempre

4. Quale numero della seguente scala descrive meglio la media delle sensazioni di fastidio o dolore che ha provato durante la scorsa settimana?



Minzione

5. Nella scorsa settimana, quanto spesso ha avuto la sensazione di non aver svuotato completamente la vescica dopo la minzione?

- 0 Mai
 1 Meno di una volta su 5
 2 Meno della metà delle volte
 3 Circa metà delle volte
 4 Più della metà delle volte
 5 Quasi sempre

6. Nella scorsa settimana, quante volte ha dovuto urinare di nuovo dopo meno di due ore dalla precedente minzione?

- 0 Mai
 1 Meno di una volta su 5
 2 Meno della metà delle volte
 3 Circa metà delle volte
 4 Più della metà delle volte
 5 Quasi sempre

Impatto dei sintomi

7. Nella scorsa settimana, quanto spesso i sintomi da lei riferiti le hanno impedito di compiere tutte le normali attività della vita quotidiana?

- 0 Mai
 1 Saltuariamente
 2 Alcune volte
 3 Frequentemente

8. Nella scorsa settimana, quanto spesso ha pensato ai suoi disturbi?

- 0 Mai
 1 Saltuariamente
 2 Alcune volte
 3 Frequentemente

Qualità della vita

9. Come si sentirebbe se, per il resto della sua vita, dovesse accusare i sintomi da lei riferiti e che sono stati presenti nella scorsa settimana?

- 0 Molto contento
 1 Contento
 2 Abbastanza soddisfatto
 3 Un misto di insoddisfazione e soddisfazione
 4 Abbastanza scontento
 5 Infelice
 6 Molto infelice

Calcolo del punteggio del NIH-CPSI

Dolore

Totale dei punti 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 e 4: = _____

Sintomi minzionali

Totale dei punti 5 e 6: = _____

Impatto sulla qualità di vita

Totale dei punti 7, 8 e 9: = _____