

国际前列腺症状评分(IPSS)

病人姓名:

今天日期:

日间电话号码:

出生日期:

确定良性前列腺增生症状

在您选中的答案上画圈, 最后将全部评分相加。

| 过去一个月 | 完全没有 | 五次中不到一次 | 不到一半 | 一半左右 | 一半以上 | 几乎总是 |
|------------------------|--------|---------|---------|---------|---------|------------|
| 1, 是否经常有尿不尽感? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2, 两次排尿间隔是否经常小于2小时? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3, 是否曾经有间断性排尿? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4, 是否有排尿不能等待现象? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5, 是否有尿线变细现象? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6, 是否需要用用力及使劲才能开始排尿? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7, 从入睡到早起, 一般需要起来排尿几次? | 无 0 | 一次 1 | 两次 2 | 三次 3 | 四次 4 | 五次或以上 5 |
| 症状评分相加: | + | + | + | + | + | + |

国际前列腺症状评分总计 = _____

生活品质 (QoL)

| – 7 轻微症状 | 8 – 19 中度症状 | 20 – 35 严重症状
无论评分多少, 如果您的症状令人烦恼, 您应告诉医生。

| | 愉快 | 高兴 | 大多满意 | 好坏参半 | 大多不满意 | 不快乐 | 难受 |
|----------------------------|----|----|------|------|-------|-----|----|
| 如果下半生不得不忍受目前的泌尿状况, 您会感到如何? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

| | | |
|---------------|---|---|
| 您是否试过用药物缓解症状? | 是 | 否 |
|---------------|---|---|

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 这些药物能否缓解症状? (画圈) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

没有缓解

完全缓解

| | | |
|-----------------------------------|---|---|
| 您是否有兴趣了解一种能让您避免或停止使用前列腺增生药物的微创手术? | 是 | 否 |
|-----------------------------------|---|---|

可能对本表格中的信息进行去标识化和汇总并提供给第三方使用。