

HÁBITOS URINARIOS /9	Más de 1 vez al día	1 vez al día	Más de 1 vez a la semana	1 vez a la semana	Nunca o casi nunca
1-Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia ha tenido pérdidas de orina (se le escapa el PIPI)?	<input type="checkbox"/> 1 0	<input type="checkbox"/> 2 25	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 75	<input type="checkbox"/> 5 100
	Ningún control, se me escapa siempre	Pérdidas frecuentes	Pérdidas solo de vez en cuando	Control total, no se me escapa nunca	
2-¿Cuál de las frases siguientes describe mejor como ha controlado la orina durante las 4 últimas semanas ?	<input type="checkbox"/> 1 0	<input type="checkbox"/> 2 33	<input type="checkbox"/> 3 67	<input type="checkbox"/> 4 100	
	Ninguna	1 compresa al día	2 compresas al día	3 o más compresas al día	
3-Durante las 4 últimas semanas , habitualmente, ¿cuántas compresas o pañales para adultos ha utilizado al día para controlar las pérdidas de orina?	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 67	<input type="checkbox"/> 3 33	<input type="checkbox"/> 4 0	
4-Durante las 4 últimas semanas , ¿hasta qué o ha sido un problema para usted cada uno de los siguientes aspectos? <i>Marque con una cruz una casilla para cada línea</i>	Ningún problema	Un problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema moderado	Un problema grande
A - Las pérdidas de orina (ESCAPÁRSELE EL PIPI)	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
B - El dolor o escozor al orinar	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
C - Sangre en la orina	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
D - Chorro de orina débil o vaciado incompleto de la vejiga	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
E - Necesidad de orinar con frecuencia durante el día	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
5-En general, ¿hasta qué punto sus hábitos urinarios han sido un problema para usted durante las 4 últimas semanas ?	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
Durante las 4 últimas semanas , ¿cuántas veces se levanta por la noche para orinar?		<input type="checkbox"/>	(Indique el número de veces)		

HÁBITOS INTESTINALES /6					
6-Durante las 4 últimas semanas , ¿hasta qué punto ha sido un problema para usted cada uno de los siguientes aspectos? <i>Marque con una cruz una casilla para cada línea</i>	Ningún problema	Un problema muy pequeño	Un problema pequeño	Un problema moderado	Un problema grande
A - Ganas urgentes de ir de vientre	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
B - Ir de vientre con mayor frecuencia	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
C - Pérdida de control (no poder retener las deposiciones-CACAS)	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
D - Deposiciones (CACAS) con sangre	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
E - Dolor en abdomen (BARRIGA), recto, pelvis o bajo vientre	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0
7-En general, ¿hasta qué punto sus hábitos intestinales han sido un problema para usted durante las 4 últimas semanas ?	<input type="checkbox"/> 1 100	<input type="checkbox"/> 2 75	<input type="checkbox"/> 3 50	<input type="checkbox"/> 4 25	<input type="checkbox"/> 5 0

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ACTIVIDAD SEXUAL /6

8-Durante las **4 últimas semanas**, ¿cómo calificaría usted cada uno de los siguientes aspectos?

Marque con una cruz una casilla para cada línea

Muy malo o ninguno Malo Regular Bueno Muy bueno

A - Su capacidad para tener una erección 1 **0** 2 **25** 3 **50** 4 **75** 5 **100**

B - Su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) 1 **0** 2 **25** 3 **50** 4 **75** 5 **100**

9-Durante las **4 últimas semanas**, ¿cómo describiría usted la CALIDAD habitual de sus erecciones?:

Ninguna calidad 1 **0**

Sin rigidez o dureza suficiente para tener cualquier tipo de actividad sexual 2 **33**

Con suficiente rigidez o dureza para masturbarse y para algunos juegos preliminares solamente 3 **67**

Con rigidez o dureza suficiente para el acto sexual (coito) 4 **100**

10-Durante las **4 últimas semanas**, ¿cómo describiría usted la FRECUENCIA de sus erecciones?:

NUNCA he tenido una erección cuando he querido tenerla 1 **0**

He tenido una erección MENOS DE LA MITAD de las veces que he querido tenerla 2 **25**

He tenido una erección APROXIMADAMENTE LA MITAD de las veces que he querido tenerla 3 **50**

He tenido una erección MÁS DE LA MITAD de las veces que he querido tenerla 4 **75**

He tenido una erección SIEMPRE que he querido tenerla 5 **100**

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

11-En general, ¿cómo calificaría su actividad sexual durante las **4 últimas semanas**?

1 **0** 2 **25** 3 **50** 4 **75** 5 **100**

Ningún problema Un problema muy pequeño Un problema pequeño Un problema moderado Problema grande

12-En general, ¿hasta qué punto su actividad sexual o falta de ella ha sido un problema para usted durante las **4 últimas semanas**?

1 **100** 2 **75** 3 **50** 4 **25** 5 **0**

FUNCIÓN HORMONAL /5

13-Durante las **4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto ha sido un problema para usted cada uno de los siguientes aspectos?

Marque con una cruz una casilla para cada línea

Ningún problema Un problema muy pequeño Un problema pequeño Un problema moderado Un problema grande

A - Sofocos 1 **100** 2 **75** 3 **50** 4 **25** 5 **0**

B - Sensibilidad o dolor/aumento de los pechos 1 **100** 2 **75** 3 **50** 4 **25** 5 **0**

C - Sentirse deprimido 1 **100** 2 **75** 3 **50** 4 **25** 5 **0**

D - Falta de energía 1 **100** 2 **75** 3 **50** 4 **25** 5 **0**

E - Cambio de peso 1 **100** 2 **75** 3 **50** 4 **25** 5 **0**