

Cuestionario sobre la salud de la vejiga

Responda las preguntas acerca de su salud individual para ayudar a su médico a elegir el tratamiento adecuado para sus síntomas de la vejiga.

¿Qué tan molesto está por los siguientes incidentes?

- | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Micción frecuente durante el día | En absoluto
<input type="checkbox"/> | Un poco
<input type="checkbox"/> | Bastante
<input type="checkbox"/> | Mucho
<input type="checkbox"/> |
| 2. Deseos repentinos o incontrolables de orinar con poco o ningún aviso | En absoluto
<input type="checkbox"/> | Un poco
<input type="checkbox"/> | Bastante
<input type="checkbox"/> | Mucho
<input type="checkbox"/> |
| 3. Pérdida accidental de orina | En absoluto
<input type="checkbox"/> | Un poco
<input type="checkbox"/> | Bastante
<input type="checkbox"/> | Mucho
<input type="checkbox"/> |
| 4. Pérdida de orina debido a un fuerte deseo de orinar | En absoluto
<input type="checkbox"/> | Un poco
<input type="checkbox"/> | Bastante
<input type="checkbox"/> | Mucho
<input type="checkbox"/> |

Responda las siguientes preguntas.

5. ¿Cuántas veces se levanta para vaciar su vejiga por noche?
- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| 0 – 1
<input type="checkbox"/> | 2-4
<input type="checkbox"/> | 5 veces o más
<input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|
6. ¿Qué tratamientos para la vejiga hiperactiva (OAB) intentó (marque todas las opciones que se aplican)?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Almohadillas absorbentes | <input type="checkbox"/> Modificación del comportamiento (administración de líquidos, cambios en la alimentación, entrenamiento de la vejiga) |
| <input type="checkbox"/> Bioretroalimentación | <input type="checkbox"/> Ejercicios de los músculos pélvicos (ejercicios de Kegel) |
7. ¿Qué medicamentos tomó para tratar la vejiga hiperactiva (OAB) y durante aproximadamente cuánto tiempo? (marque todas las opciones que se aplican y escriba el período de tiempo que le tomó junto al nombre del medicamento)
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enablex® _____ | <input type="checkbox"/> Flomax® _____ | <input type="checkbox"/> Enablex® _____ | <input type="checkbox"/> Ditropan® _____ |
| <input type="checkbox"/> Santura® _____ | <input type="checkbox"/> Toviaz® _____ | <input type="checkbox"/> Vesicare® _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
8. ¿Experimentó algún efecto secundario intolerable a partir de la toma de medicamentos para tratar el síndrome de la vejiga hiperactiva (es decir, sequedad bucal, constipación, confusión mental, etc.)?
- | | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|
9. ¿Cuál de estos enunciados se aplica a usted? (marque todas las opciones que se aplican)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tengo un marcapasos o un desfibrilador implantado. | <input type="checkbox"/> Tengo daño nervioso que podría impactar en el funcionamiento del nervio tibial o del piso pélvico. |
| <input type="checkbox"/> Estoy embarazada o planeo estarlo en los próximos 1 a 3 meses. | <input type="checkbox"/> Sangro en exceso. |
10. ¿Estaría interesado en aprender más sobre un tratamiento sin medicamentos ni cirugías para los síntomas de su vejiga hiperactiva?
- | | |
|----|----|
| Sí | No |
|----|----|