

Check della vescica nella SM

Al fine di identificare eventuali sintomi correlati alla vescica, La preghiamo di rispondere alle seguenti domande selezionando le risposte che meglio descrivono la Sua situazione. Non esistono risposte giuste o sbagliate. In caso di dubbi, selezioni la risposta "Non so":

		Sì	No	Non so/Non pertinente	
1	Il numero di volte al giorno in cui si reca in bagno per urinare incide sulla Sua vita quotidiana?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Di solito, durante la notte, si alza più di una volta per urinare?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Avverte spesso l'urgenza di correre in bagno per urinare?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Negli ultimi sei mesi, ha sofferto di incontinenza a causa di un bisogno impellente di urinare?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Soffre di incontinenza durante determinati sforzi fisici (ad es., camminare, tossire, starnutire o alzarsi)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ha difficoltà a iniziare a urinare?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Manifesta un flusso debole quando urina?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Le è capitato di dover urinare di nuovo, poco dopo aver finito di urinare, come se fosse una "doppia minzione"?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Negli ultimi sei mesi, ha ricevuto antibiotici per trattare un'infezione della vescica?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se ha risposto Sì a qualsiasi delle domande precedenti e ritiene che ciò condizioni la Sua vita, valuti la possibilità di discutere con il Suo medico o infermiere dei sintomi correlati alla vescica, per ricevere aiuto nel trattamento di tali sintomi.