

CUESTIONARIO SOBRE CISTITIS POR RADIACIÓN

1. ¿Usted orina con mucha frecuencia? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta?
 Para nada Un poco Moderadamente Bastante
2. ¿Usted tiene pérdidas (incontinencia) de orina asociadas con una sensación de urgencia? (urgencia significa una fuerte sensación de necesidad de ir al baño)
 Sí No
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 Para nada Un poco Moderadamente Bastante
3. ¿Usted tiene pérdida (incontinencia) de orina con tos, estornudos o risas?
 Sí No
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 Para nada Un poco Moderadamente Bastante
4. ¿Usted tiene pequeñas pérdidas de orina (gotas de orina)?
 Sí No
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 Para nada Un poco Moderadamente Bastante
5. ¿Usted tiene dificultad para vaciar su vejiga? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 Para nada Un poco Moderadamente Bastante
6. ¿Usted tiene dolor o molestias en la parte inferior del abdomen o el área genital?
 Sí No
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 Para nada Un poco Moderadamente Bastante
En caso afirmativo, ¿se alivia su dolor después de vaciar la vejiga?
 Sí No
7. ¿Alguna vez ha visto sangre en su orina?
 Sí No
En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia sucede?
 1-2 veces a la semana casi todos los días
 todos los días cada vez que orina
¿Cuánta sangre hay en su orina?
 La orina es de color rosado claro La orina es de color rojo
 La orina es de color té/Cola La orina tiene coágulos