

Bladder & Bowel Symptom Questionnaire

Doctor's Name: _____

Your Name: _____

Date of Birth: _____

Phone number: _____

Date: _____

Please read the questions and answer the questions below based on the last few months (circle your response):

1. How often do you usually urinate during the day?	No more often than once in 4 hours	About every 3-4 hours	About every 2-3 hours	About every 1-2 hours	At least once an hour
	0	1	2	3	4
2. How many times do you urinate at night?	0-1 time at night	2 times at night	3 times at night	4 times at night	5 or more times at night
	0	1	2	3	4
3. What is the reason that you usually urinate?	Out of convenience (no urge)	Mild urge (can delay over an hour)	Moderate urge (can delay 10-60 min)	Severe urge (can delay less than 10 min)	Desperate urge (must go immediately)
	0	1	2	3	4
4. Once you get the urge to go, how long can you comfortably delay?	More than 60 min	30-60 min	10-30 min	Less than 10 min	Must go immediately
	0	1	2	3	4
5. How often do you get a sudden urge that makes you rush to the bathroom?	Never	Rarely	A few times a month	A few times a week	At least once a day
	0	1	2	3	4
6. How often does a sudden urge to urinate result in you leaking urine or wetting pads?	Never	Rarely	A few times a month	A few times a week	At least once a day
	0	1	2	3	4
7. In your opinion, how good is your bladder control?	Total control	Very good	Good	Poor	No control
	0	1	2	3	4

Please total your score for questions 1 - 7 above

0-7 Mild | 8-16 Moderate | 17-28 Severe

8. Do you have accidental bowel leakage?

☐ YES ☐ NO
9. Do you have difficulty fully emptying your bladder?

☐ YES ☐ NO
10. Do you experience accidental leakage when performing some physical activity such as coughing, sneezing, laughing or exercise?

☐ YES ☐ NO
11. Have you tried medications to help improve your symptoms?

☐ YES ☐ NO
12. Would you be interested in learning about a long-lasting option that may help you with your symptoms?

☐ YES ☐ NO

Please consult your physician on how to use this document. This questionnaire is provided as a sample of a document that can be used to track your symptoms. Completing the questionnaire can be helpful to your healthcare provider because it describes your daily habits and your symptoms. Your doctor will use this information to help determine a treatment for your condition.

CONFIDENTIAL

Cuestionario sobre síntomas de la vejiga y el intestino

Nombre del médico: _____

Su nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Fecha: _____

Lea las preguntas y conteste debajo en función de su experiencia de los últimos meses (rodee su respuesta con un círculo):

1. ¿Con qué frecuencia suele orinar durante el día?	Con una frecuencia menor de una vez cada 4 horas	Aproximadamente cada 3-4 horas	Aproximadamente cada 2-3 horas	Aproximadamente cada 1-2 horas	Al menos una vez cada hora
	0	1	2	3	4
2. ¿Cuántas veces orina durante la noche?	0-1 veces por noche	2 veces por noche	3 veces por noche	4 veces por noche	Más de 5 veces por noche
	0	1	2	3	4
3. ¿Cuál es el motivo por el que orina habitualmente?	Por ser conveniente (sin ganas)	Necesidad media (puede contenerse más de una hora)	Necesidad moderada (puede contenerse 10-60 min.)	Necesidad urgente (puede contenerse menos de 10 min.)	Necesidad desesperada (tiene que ir al baño de inmediato)
	0	1	2	3	4
4. Una vez que siente ganas de orinar, ¿cuánto tiempo puede contenerse cómodamente?	Más de 60 min.	30-60 min.	10-30 min.	Menos de 10 min.	Tengo que ir de inmediato
	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia siente una necesidad repentina que le obliga a ir corriendo al baño?	Nunca	Rara vez	Varias veces al mes	Varias veces por semana	Al menos una vez al día
	0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia la necesidad repentina de orinar termina en una fuga de orina o mancha del pañal?	Nunca	Rara vez	Varias veces al mes	Varias veces por semana	Al menos una vez al día
	0	1	2	3	4
7. En su opinión, ¿cómo calificaría el control sobre su vejiga?	Control total	Muy bueno	Bueno	Malo	Ningún control
	0	1	2	3	4

Suma el total de sus puntos de las preguntas 1 a 7 anteriores

0-7 Leve | 8-16 Moderado | 17-28 Grave

8. ¿Sufre pérdidas intestinales accidentales?

☐ SÍ ☐ NO
9. ¿Tiene dificultad para vaciar la vejiga por completo?

☐ SÍ ☐ NO
10. ¿Sufre pérdidas accidentales cuando realiza algún tipo de actividad física, tales como toser, estornudar, reírse o hacer ejercicio?

☐ SÍ ☐ NO
11. ¿Ha probado a usar medicamentos para mejorar sus síntomas?

☐ SÍ ☐ NO
12. ¿Le interesaría obtener más información sobre una opción duradera que podría ayudarle con sus síntomas?

☐ SÍ ☐ NO

Comuníquese con su médico para recibir indicaciones sobre el uso de este documento. Este cuestionario se ofrece a modo de ejemplo de documento que puede utilizar para llevar un seguimiento de sus síntomas. A su profesional sanitario puede resultarle útil que usted complete este formulario, ya que describe sus costumbres diarias y síntomas. El médico utilizará esta información para ayudarse a determinar un tratamiento para su afección.

CONFIDENCIAL