

استبيان أعراض البروستات الدولي (IPSS)

International Prostate Symptom Score

التاريخ: _____

اسم المريض: _____

يرجى وضع علامة (✓) في المربع الذي يصف حالتك بشكل أفضل خلال الشهر الماضي.

السؤال	أبدأ (0)	في أقل من مرة من كل خمس مرات (1)	في أقل من نصف الأحيان (2)	في نصف الأحيان (3)	في أغلب الأحيان (4)	دائماً تقريباً (5)	النتيجة
1. خلال الشهر الماضي، كم مرة شعرت بعدم إفراغ المثانة بالكامل بعد الانتهاء من التبول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. خلال الشهر الماضي، كم مرة احتجت للتبول مرة أخرى بعد أقل من ساعتين من آخر مرة تبولت فيها؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. خلال الشهر الماضي، كم مرة توقفت تدفق البول وبدأ مرة أخرى أثناء التبول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. خلال الشهر الماضي، كم مرة وجدت صعوبة في تأجيل التبول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. خلال الشهر الماضي، كم مرة كان تدفق البول ضعيفاً؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. خلال الشهر الماضي، كم مرة احتجت للضغط أو الإجهاد لبدء التبول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
السؤال	لا شيء (0)	مرة واحدة (1)	مرتان (2)	3 مرات (3)	4 مرات (4)	5 مرات أو أكثر (5)	النتيجة
7. خلال الشهر الماضي، كم مرة استيقظت ليلاً من النوم للتبول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
مجموع النقاط (S)							

جودة الحياة (QoL)

السؤال	سعيد جداً (0)	سعيد (1)	راضٍ في الغالب (2)	مختلط بين الرضا وعدمه (3)	غير راضٍ في الغالب (4)	سئياً (5)	سئياً جداً (6)
إذا كنت ستقضي بقية حياتك وأنت تعاني من أعراض البول الحالية، كيف ستشعر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

تفسير النتائج:

- أعراض خفيفة: 0 إلى 7 نقاط
- أعراض متوسطة: 8 إلى 19 نقطة
- أعراض شديدة: 20 إلى 35 نقطة