

## NIH - BPH TRIAL

## AUA SYMPTOM QUESTIONNAIRE

This form is to be completed at screening visits 1 & 2, and quarterly follow-up visits (not titration visits). The patient should complete pages 2 through 3.

## Part I / IDENTIFICATION

## A. Patient Identification

1. Clinic number (CLINIC)

 
2. Patient Identification number (Complete a **OR** b)

a. If before randomization, Screening number (SCREEN)

    

b. If after randomization, Patient number (PATID)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
clinic		patient		

3. Patient's initials (INITS)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
first		last	

4. Patient's date of birth (DOB)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
month	day	year

## B. Visit Information

1. Date of visit (QVSTDT)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
month	day	year

2. Type of visit (QVITYP) ☐ Screening☐ Standard Follow-up☐ Interim Follow-up☐ Major Follow-up☐ End of Study

3. If Follow-up visit or End of Study, week of visit (QVIWK)

  

## Part II / SYMPTOM SCORE QUESTIONNAIRE

The patient should complete the questionnaire on the following 2 pages.

Initials of person completing form (FORMIN)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
first		last	

Form entered in computer?

☐

Patient number

    

Date of visit

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
month	day	year

BPH FORM Q01.2

May, 1995

Page 2 of 3

## A: ESCALA DE SÍNTOMAS AUA

Sírvase a marcar un cuadro para cada pregunta.

	nunca	menos de 1 en 5 veces	menos de la mitad del tiempo	alrededor de la mitad del tiempo	m·s de la mitad del tiempo	casi siempre
1. ¿Durante el mes pasado, m·s o menos, con cu·nta frecuencia ha tenido la sensación de que su vejiga no se vaciaba completamente después de terminar de orinar? (QSSEMP)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ¿Durante el mes pasado, m·s o menos, con cu·nta frecuencia ha tenido que volver a orinar durante las dos horas después de haber terminado de orinar? (QSSAGN)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. ¿Durante el mes pasado, m·s o menos, con cu·nta frecuencia se dio cuenta de que había parado y comenzado varias veces cuando orinaba? (QSSSEV)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. ¿Durante el mes pasado, m·s o menos, con cu·nta frecuencia ha encontrado difícil el posponer orinar? (QSSPOST)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. ¿Durante el mes pasado, m·s o menos, con cu·nta frecuencia ha tenido la corriente de orina débil? (QSSWEAK)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. ¿Durante el mes pasado, m·s o menos, con cu·nta frecuencia ha tenido que empujar o hacer un esfuerzo para comenzar a orinar? (QSSPUSH)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. ¿Durante el mes pasado, m·s o menos, cu·ntas veces se ha levantado durante la noche para orinar desde el momento en que se acostó hasta que se levantó en la mañana? (QSSNIT)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/> ninguna	<input type="text"/> 1 vez	<input type="text"/> 2 veces	<input type="text"/> 3 veces	<input type="text"/> 4 veces	<input type="text"/> 5 veces o m·s

AUA Symptom Score = Add questions A1 - A7

 

(QSSADD)

Por favor ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_\_

Patient number

--	--	--	--	--

Date of visit

month	day	year

BPH FORM Q01.2

May, 1995

Page 3 of 3

## B: ÍNDICE DE IMPACTO

Sírvase a marcar un cuadro para cada pregunta.

1. ¿Durante el mes pasado, cuánta molestia física le causó cualquier problema urinario? (QQLDISC)

☐ 0 ninguna ☐ 1 solamente un poco ☐ 2 alguna ☐ 3 mucha

2. ¿Durante el mes pasado, cuánto se preocupó por su salud debido a algún problema urinario? (QQLHLTH)

☐ 0 nada ☐ 1 solamente un poco ☐ 2 algo ☐ 3 mucho

3. ¿En general, durante el mes pasado, cuánto le ha molestado cualquier problema relacionada con orinar? (QQLBOTH)

☐ 0 no me ha molestado nada ☐ 1 me ha molestado un poco ☐ 2 me ha molestado algo ☐ 3 me ha molestado mucho

4. ¿Durante el mes pasado, con qué frecuencia no ha podido hacer las copas que acostumbraba debido a algún problema urinario? (QQLKEPT)

☐ 0 nunca ☐ 3 la mayoría de las veces  
☐ 1 algunas veces ☐ 4 todas las veces  
☐ 2 varias veces

## C: CALIDAD DE LA VIDA RELACIONADA CON SÍNTOMAS URINARIOS

Sírvase a marcar un cuadro para cada pregunta.

1. ¿Si fuera a pasar el resto de su vida con su problema urinario de la forma que lo tiene ahora, cómo se sentiría? (QQLFEEL)

☐ 0 sumamente contento ☐ 4 por la mayor parte no satisfecho  
☐ 1 contento ☐ 5 no contento  
☐ 2 por la mayor parte satisfecho ☐ 6 sumamente mal  
☐ 3 emociones mixtas (igualmente satisfecho y no satisfecho)

Por favor ponga sus iniciales aquí \_\_\_\_\_