

NIH - BPH TRIAL

PROSTATITIS QUESTIONNAIRE

This form is to be completed at Screening Visit 2, Major Follow-up Visits and End of Study.
The patient should complete page 2.

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)

S				
---	--	--	--	--

b. If after randomization, Patient number (PATID)

clinic		patient		

3. Patient's initials (INITS)

first		last	

4. Patient's date of birth (DOB)

month	day	year

B. Visit Information

1. Date of visit (PVSTDT)

month	day	year

2. Type of visit (PVITYP)

¹	Screening
²	Major Follow-up
³	End of Study

3. If Major Follow-up or End-of Study Visit, week of visit (PVIWK)

--	--	--

Part II / PROSTATITIS QUESTIONNAIRE

The patient should complete the questionnaire on the following page.

Initials of person completing form (FORMIN)

first		last	

Form entered in computer?

--

Patient number

--	--	--	--	--

Date of visit

month	day	year

Por favor marque una "X" en el cuadrado debajo de la respuesta que mejor describe los síntomas que Usted presenta actualmente.

	Nada de Dolor	Ocorre de vez en cuando (No Cada Día)	Usualmente pero no detiene mi actividad	Incapacitante
1. Dolor o presión detrás del escroto, dentro del recto o en la parte interior de los muslos. (PSCROT)	☐	☐	☐	☐
2. Dolor o presión en los testículos. (PTEST)	☐	☐	☐	☐
3. Dolor o presión en el vientre o en la ingle. (PABDGR)	☐	☐	☐	☐
4. Dolor o presión en la punta del pene o mientras orina. (PPEN)	☐	☐	☐	☐

Por favor ponga sus iniciales aquí _____