



**QUESTIONARIO PER PAZIENTI AFFETTI DA INCONTINENZA URINARIA E FECALE
CRONICA**

DA COMPILARSI A CURA DEL PAZIENTE O DEL CAREGIVER

Nome e cognome:

Data di nascita:

Data di compilazione:

Questionario per valutare il livello di incontinenza urinaria (ICIQ-SF)

1. Quanto spesso Le capita di perdere l'urina?

Mai	0
Circa una volta alla settimana o meno di una volta alla settimana	1
Due o tre volte alla settimana	2
Circa una volta al giorno	3
Molte volte al giorno	4
Sempre	5

2. Quanta urina perde ogni volta?

Nessuna	0
Piccole quantità	2
Modeste quantità	4
Abbondanti quantità	6

Questionario per valutare il livello di incontinenza fecale (Wexner-CCS)

Tipo di incontinenza	Frequenza				
	mai	<1/mese	>1/mese- <1/sett	>1/sett- <1/die	>1/die
Feci solide	0	1	2	3	4
Feci liquide	0	1	2	3	4
Gas intestinali	0	1	2	3	4
Uso di pannoloni	0	1	2	3	4
Alterazione attività quotidiane	0	1	2	3	4

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO PRESCRITTORE

ICIQ-SF (ottenuto incrociando il punteggio dei due quesiti):

Punteggio domanda 1 → ↓ domanda 2	1	2	3	4	5
2	Nessuna	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave
4	Nessuna	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima
6	Lieve	Moderata	Grave	Gravissima	Gravissima

Wexner-CCS (ottenuto sommando i singoli punteggi):

Nessuna	0
Lieve	1-5
Moderata	6-10
Grave	11-15
Gravissima	16-20

Indicare il questionario utilizzato per misurare l'impatto della patologia sulla qualità della vita del paziente:

.....