REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Allegato B
Cfr Decreto n°174 del 20/12/2022

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)

Frequenza / Tipo di incontinenza	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

CLASSIFICAZIONE INCONTINENZA URINARIA (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

CLASSIFICAZINE INCONTINENZA FECALE (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:
……...

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO PRESCRITTORE: