



**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
		0	1	2	3	4
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:					