

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
month day year

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 cuánta 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 cuánta 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 cuánta 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 cuánta 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 cuánta 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 cuánta 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, cuántas 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

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 _____