

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)**

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 **(PVSTDT)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
month	day	year

2. Type of visit **(PVITYP)**

Screening

Major Follow-up

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)**

<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

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

	Nada de Dolor	Ocurre 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)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Dolor o presión en los testículos. (PTEST)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Dolor o presión en el vientre o en la ingle. (PABDGR)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Dolor o presión en la punta del pene o mientras orina. (PPEN)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Por favor ponga sus iniciales aquí _____