



**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:					