



LANDSTINGET BLEKINGE

Symtomskattning vid prostatabesvär (I-PSS)

Namn: _____ Pers nr: _____ Datum: _____

Kryssa för det alternativ som stämmer bäst överens med hur du upplever din situation

Under den senaste månaden, hur ofta har du

- haft en känsla av att blåsan inte töms helt vid vattenkastningen?

- 0 Inte alls
- 1 Mindre än 1 gång av 5
- 2 Mindre än hälften
- 3 Ungefär hälften
- 4 Mer än hälften
- 5 Nästan alltid

- varit tvungen att kasta vatten oftare än varannan timme?

- 0 Inte alls
- 1 Mindre än 1 gång av 5
- 2 Mindre än hälften
- 3 Ungefär hälften
- 4 Mer än hälften
- 5 Nästan alltid

- haft avbrott i urinflödet, d.v.s. urin- flödet satte igång, stannade upp och satte igång igen?

- 0 Inte alls
- 1 Mindre än 1 gång av 5
- 2 Mindre än hälften
- 3 Ungefär hälften
- 4 Mer än hälften
- 5 Nästan alltid

- känt att du måste kasta vatten omedel- bart efter det att behovet uppstått?

- 0 Inte alls
- 1 Mindre än 1 gång av 5
- 2 Mindre än hälften
- 3 Ungefär hälften
- 4 Mer än hälften
- 5 Nästan alltid

- tyckt att urinstrålen varit svag?

- 0 Inte alls
- 1 Mindre än 1 gång av 5
- 2 Mindre än hälften
- 3 Ungefär hälften
- 4 Mer än hälften
- 5 Nästan alltid

- varit tvungen att krysta eller anstränga dig för att påbörja vattenkastningen?

- 0 Inte alls
- 1 Mindre än 1 gång av 5
- 2 Mindre än hälften
- 3 Ungefär hälften
- 4 Mer än hälften
- 5 Nästan alltid

- vanligtvis behövt gå upp för att kasta vatten från det du lade dig på kvällen tills det du gick upp på morgonen?

- 0 Aldrig
- 1 1 gång/natt
- 2 2 gånger/natt
- 3 3 gånger/natt
- 4 4 gånger/natt
- 5 5 gånger/natt

Total poängsumma: _____

Om du resten av ditt liv skulle leva med dina vattenkastningsbesvär precis som de är nu, hur skulle du uppleva det?

- 0 Nöjd
- 1 Godtagbart
- 2 Till största delen belåten
- 3 Blandat
- 4 Till största delen missbelåten
- 5 Olycklig
- 6 Fruktansvärt



