



## SCORE IPSS

### Evaluation des symptômes urinaires en lien avec l'hypertrophie bénigne de prostate

Nom ..... Prénom ..... Date .... / .... / .....

	Jamais	Rarement <i>Moins qu'une fois / 5</i>	Parfois <i>Moins d'une fois/2</i>	La moitié du temps	Souvent <i>Plus que la moitié du temps</i>	Toujours <i>A chaque miction</i>
1. Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner moins de 2 heures après avoir fini d'uriner ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine c'est à dire démarrage de la miction puis arrêt puis redémarrage ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Au cours du dernier mois, après avoir ressenti le besoin d'uriner, avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à vous retenir d'uriner ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Au cours du dernier mois écoulé, combien de fois par nuit, en moyenne, vous êtes-vous levé pour uriner (entre le moment de votre coucher le soir et celui de votre lever définitif le matin ?	<input type="checkbox"/> 0 = jamais	<input type="checkbox"/> 1 fois	<input type="checkbox"/> 2 fois	<input type="checkbox"/> 3 fois	<input type="checkbox"/> 4 fois	<input type="checkbox"/> 5 fois

**TOTAL IPSS (questions 1 à 7) .... /35**

Évaluation de la qualité de vie liée aux symptômes urinaires

Si vous deviez vivre le restant de votre vie avec cette manière d'uriner, diriez-vous que vous en seriez :

- |   |                                      |                          |
|---|--------------------------------------|--------------------------|
| ☺ | 0. Très satisfait                    | <input type="checkbox"/> |
|   | 1. satisfait                         | <input type="checkbox"/> |
|   | 2. plutôt satisfait                  | <input type="checkbox"/> |
|   | 3. Partagé (ni satisfait, ni ennuyé) | <input type="checkbox"/> |
|   | 4. Plutôt Ennuyé                     | <input type="checkbox"/> |
|   | 5. Ennuyé                            | <input type="checkbox"/> |
| ☹ | 6. Très ennuyé                       | <input type="checkbox"/> |

0 – 7 = léger  
8 – 19 = modéré  
20 – 35 = sévère