|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patient:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Date de n.:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Date:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Score International des Symptômes de Prostatisme **IPSS (S)** | | | | | | | | | | | | |
| Toutes les questiones concernent les dernières 4 semaines. | | | jamais | dans moins de 1 cas sur 5  (<20%) | dans moins de la moitié des cas | | dans environ la moitié des cas  (ca. 50%) | | | dans plus de la moitié des cas | | Presque toujours |
| 1. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu la sensation que votre vessie n'était pas complètement vidée après avoir uriné? | | | 0 | 1 | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| 2. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu besoin d'uriner à nouveau moins de 2 heures après avoir fini d'uriner? | | | 0 | 1 | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| 3. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu une interruption du jet d'urine, c'est-à-dire démarrage du jet, puis arrêt, puis redémarrage? | | | 0 | 1 | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| 4. Au cours du dernier mois écoulé, après en avoir ressenti le besoin, avec quelle fréquence avez-vous eu des difficultés à retenir votre envie d'uriner? | | | 0 | 1 | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| 5. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous eu une diminution de la taille ou de la force du jet d'urine? | | | 0 | 1 | 2 | | 3 | | | 4 | | 5 |
| 6. Au cours du dernier mois écoulé, avec quelle fréquence avez-vous dû forcer ou pousser pour commencer à uriner? | | | 0 | 1 | 2 | | 3 | | | 4 | | 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 du matin)? | | | niemals  (0) | einmal  (1) | zweimal  (2) | | dreimal  (3) | | | viermal  (4) | | fünfmal  oder mehr  (5) |
| **Somme Score-IPSS S= \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| **Score de qualité de vie (L)** | | | | | | | | | | | | |
| Wie würden Sie sich fühlen, wenn sich Ihre jetzigen  Symptome beim Wasserlassen künftig nicht mehr ändern  würden? | très  satisfait  (0) | satisfait  (1) | | plutôt  satisfait  (2) | | partagé, ni satisfait ni ennuyé  (3) | | | plutôt ennuyé  (4) | | ennuyé  (5) | très  ennuyé  (6) |
| **Score de qualité de vie L= \_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | |