

# Εξέταση με 7 απλές ερωτήσεις.\*

Διάλεξε ένα νούμερο σε κάθε σειρά	Ποτέ ή καθόλου	Λιγότερο από 1 στις 5 φορές	Λιγότερο από τις μισές φορές	Περίπου τις μισές φορές	Παραπάνω από τις μισές φορές	Σχεδόν πάντα
<b>1)</b> Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά αισθάνθηκες ότι η κύστη σου δεν έχει αδειάσει πλήρως μετά το τέλος της ούρησης;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>2)</b> Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά ένιωσες την ανάγκη να ουρήσεις ξανά σε διάστημα λιγότερο των 2 ωρών;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>3)</b> Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά συνέβη να ξεκινάς και να σταματάς κατά την διάρκεια της ούρησης;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>4)</b> Τον τελευταίο μήνα, πόσο δύσκολο ήταν να αναβάλεις την ούρηση;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>5)</b> Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά είχες αδύναμη ούρων;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>6)</b> Τον τελευταίο μήνα, πόσο συχνά ένιωθες την ανάγκη να καταβάλεις έντονη προσπάθεια ή πίεση για να ξεκινήσει η ούρηση;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
<b>7)</b> Τον τελευταίο μήνα, περίπου πόσες φορές χρειαζόταν να σηκωθείς από το κρεβάτι κατά τη διάρκεια μίας νύχτας για να ουρήσεις;	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Πρόσθεσε τα αποτελέσματα των απαντήσεων σου	ΣΥΝΟΛΟ					

**Σύνολο Βαθμών 1-7: Κατάσταση Ήπια 8-19: Μέση 20-35: Σοβαρή**

Βαθμοί απο 1 έως 7: Συμπτώματα ήπιας μορφής, γενικά δεν απαιτούν θεραπεία.

Βαθμοί απο 8 έως 35: Πρέπει να συμβουλευτείτε τον γιατρό σας.