

**Cuestionario corto para la evaluación de la
Incontinencia de orina y su impacto en la vida diaria.**

International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ-IU-SF)

ICIQ-IU-SF

FECHA:

DÍA MES AÑO

1. Por favor, escriba la fecha de su nacimiento: DÍA MES AÑO

2. Nº ID:

3. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque una)

- Nunca 0
- Una vez a la semana o menos 1
- Dos o tres veces a la semana 2
- Una vez al día 3
- Varias veces al día 4
- Continuamente 5

4. Nos gustaría saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa. Cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). (Marque una)

- No se me escapa nada 0
- Muy poca cantidad 2
- Una cantidad moderada 4
- Mucha cantidad 6

5. Estos escapes de orina que tiene, ¿cuánto afectan a su vida diaria?

Por favor, marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
nada mucho

Puntuación de ICI-Q: sume las puntuaciones de las preguntas 3 + 4 + 5 =

6. ¿Cuándo pierde orina? (Señale todo lo que le pasa a usted)

- Nunca pierde orina
- Pierde orina antes de llegar al WC
- Pierde orina cuando tose o estornuda
- Pierde orina cuando duerme
- Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicio
- Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido
- Pierde orina sin un motivo evidente
- Pierde orina de forma continua

Muchas gracias por contestar a estas preguntas