



Özel Ekol Hastanesi
ULUSLARARASI PROSTAT SEMPTOM SKORU
(IPSS) FORMU



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.YD.46	2.12.2023	00	-	1 / 1

Geçen ay boyunca	(son 30 gün içinde yapılan tüm idrarların)						Sizin skorunuz
	Hiçbirinde	5' te 1'inden az	Yarısından az	Hemen hemen yarısı	Yarısından fazla	Hepsinde	
1.İdrar yaptıktan sonra, mesanenizin boşalmadığı hissine kapılma sıklığınız nedir?	0	1	2	3	4	5	
2.İdrar yaptıktan sonra, iki saatten daha az bir sürede tekrar idrar yapma ihtiyacınızın sıklığı nedir?	0	1	2	3	4	5	
3.İdrar yaparken birkaç kez durup tekrar başlama sıklığınız nedir?	0	1	2	3	4	5	
4.İdrarınızı tutmakta ne sıklıkta güçlük çektiniz?	0	1	2	3	4	5	
5.Ne sıklıkta idrarınızın akış gücünde azalma hissettiniz?	0	1	2	3	4	5	
6.İdrar yapmaya başlamak için ne sıklıkta zorlandınız ya da ıkindiniz?	0	1	2	3	4	5	
Geçen ay boyunca genel olarak	Hiç	1 kere	2 kere	3 kere	4 kere	5 ya da daha fazla	
7.Yatmaya gittikten sabah kalkana kadar bir gecede kaç kere idrar yapmak üzere kalktınız?	0	1	2	3	4	5	
Toplam (IPSS) Skorunuz							