



Özel **EKOL HASTANESİ**
İNERSTİSYEL SİSTİT
SEMPTOM(İSSİ) / PROBLEM (İSPİ)
İNDEKSİ FORMU



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
HB.FR.108	11.01.2024	00	-	1 / 1

Hastanın adı-soyadı:
Tarih:

İNERSTİSYEL SİSTİT SEMPTOM İNDEKSİ (İSSİ)

S1- Geçen ay içinde, hangi sıklıkla hiç uyarı olmadan ya da çok az bir uyarı ile aniden şiddetli idrar yapma ihtiyacı duydunuz?

- Hiçbir zaman
- Her beş idrar yapmanın birinde ya da daha azında
- Tüm idrar yapma sayısının yarısından daha azında
- Tüm idrar yapma sayısının yaklaşık yarısında
- Tüm idrar yapma sayısının yarısından daha fazlasında
- Neredeyse her zaman

S2- Geçen ay içinde, idrar yapmanızı takiben 2 saatten daha kısa bir süre içinde tekrar idrar yapmak zorunda kaldınız mı?

- Hiçbir zaman
- Her beş idrar yapmanın birinde ya da daha azında
- Tüm idrar yapma sayısının yarısından daha azında
- Tüm idrar yapma sayısının yaklaşık yarısında
- Neredeyse her zaman

S3- Geçen ay içinde tipik olarak hangi sıklıkta geceleri idrar yapmak için uyandınız?

- Hiçbir zaman
- Gecede bir kez
- Gecede iki kez
- Gecede üç kez
- Gecede dört kez
- Gecede beş ya da daha fazla

S4- Geçen ay içinde idrar kesenizde ağrı ya da yanma hissi oldu mu?

- Hiçbir zaman
- Birkaç kere
- Oldukça sık
- Genellikle
- Hemen hemen her zaman

TOPLAM SKOR: _____

İNERSTİSYEL SİSTİT PROBLEM İNDEKSİ (İSPİ)

Aşağıda sıralananlar geçen ay sizin için ne kadar sorun yarattı?

S1- Gün içinde sık idrara çıkma?

- Sorun olmadı
- Çok az sorun oldu
- Az sorun oldu
- Orta derecede sorun oldu
- Çok sorun oldu

S2- Gece idrara kalkma?

- Sorun olmadı
- Çok az sorun oldu
- Az sorun oldu
- Orta derecede sorun oldu
- Çok sorun oldu

S3- Hafif bir uyarı ile ani idrar hissi?

- Sorun olmadı
- Çok az sorun oldu
- Az sorun oldu
- Orta derecede sorun oldu
- Çok sorun oldu

S4- Mesanenizde yanma, ağrı, rahatsızlık veya baskı hissi?

- Sorun olmadı
- Çok az sorun oldu
- Az sorun oldu
- Orta derecede sorun oldu
- Çok sorun oldu

TOPLAM SKOR: _____