



# Le domande a cui rispondere per valutare i sintomi e la qualità di vita di chi soffre di prostatite

## INDICE DEI SINTOMI DI PROSTATITE CRONICA (CPSI)

### Dolore o disagio

1. Nella scorsa settimana ha provato dolore o disagio nelle seguenti aree del corpo?

- |   | Sì                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Tra il retto ed i testicoli (perineo)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Testicoli  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Punta del pene (non in concomitanza con la minzione) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Sotto la cintura, nella area pubica o vescicale      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Nella scorsa settimana ha provato:

- |   | Sì                       | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Dolore o bruciore durante la minzione                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Dolore o disagio durante o dopo l'orgasmo (eiaculazione) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Nella scorsa settimana, quante volte ha accusato dolore o disagio in una delle aree del corpo sopradescritte?

- 0 Mai
- 1 Raramente
- 2 Qualche volta
- 3 Spesso
- 4 Quasi sempre
- 5 Sempre

4. Quale numero descrive meglio il grado medio del dolore o del disagio che ha provato durante la scorsa settimana?

- 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10
- nessun dolore il dolore peggiore che può immaginare

### Minzione

5. Nella scorsa settimana, quante volte ha avuto la sensazione di non aver svuotato completamente la vescica dopo la minzione?

- 0 Mai
- 1 Meno di una volta su cinque
- 2 Meno della metà delle volte
- 3 Circa la metà delle volte
- 4 Più della metà delle volte
- 5 Quasi sempre

6. Nella scorsa settimana, quante volte ha avuto necessità di urinare ancora, dopo meno di due ore dalla precedente minzione?

- 0 Mai
- 1 Meno di una volta su cinque
- 2 Meno della metà delle volte
- 3 Circa la metà delle volte
- 4 Più della metà delle volte
- 5 Quasi sempre

### Impatto dei sintomi

7. Nella scorsa settimana, quanto spesso i suoi sintomi hanno limitato le sue attività quotidiane?

- 0 Mai
- 1 Saltuariamente
- 2 Alcune volte
- 3 Frequentemente

8. Nella scorsa settimana, quanto spesso ha pensato ai suoi disturbi?

- 0 Mai
- 1 Saltuariamente
- 2 Alcune volte
- 3 Frequentemente

### Qualità di vita

9. Se dovesse trascorrere il resto della sua vita con i sintomi che ha provato durante l'ultima settimana, come si sentirebbe?

- 0 Bene
- 1 Soddisfatto
- 2 Abbastanza soddisfatto
- 3 Così così
- 4 Relativamente male
- 5 Male
- 6 Molto male

### Calcolo del punteggio per ciascuna categoria

#### Dolore

Somma dei punti delle domande 1, 2, 3 e 4 = \_\_\_\_\_

#### Sintomi urinari

Somma dei punti delle domande 5 e 6 = \_\_\_\_\_

#### Impatto sulla qualità della vita

Somma dei punti delle domande 7, 8 e 9 = \_\_\_\_\_