# Pelvic Health Survey

Today's Date: _____

Patient's Name: _____ 1. Age: ____ 2. Sex: □Female □Male

## Bladder (check one):

3. How often do you leak urine (check one box)?
   - 0 □ Never
   - 1 □ About once a week or less often
   - 2 □ Two or three times a week
   - 3 □ About once a day
   - 4 □ Several times a day
   - 5 □ All the time
4. We would like to know how much urine you think leaks. How much urine do you usually leak (whether you wear protection or not)? Check one box.
   - 0 □ None
   - 2 □ A small amount
   - 4 □ A moderate amount
   - 6 □ A large amount
5. Overall, how much does leaking urine interfere with your everyday life? Please circle a number between 0 (not at all) and 10 (a great deal).

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Not at all | | | | | | | | | | A great deal |

ICIQ score: sum 3+4+5= _____

6. When does urine leak? (Please check all that apply to you.)
   - □ Never—urine does not leak
   - □ Leaks before you can get to the toilet
   - □ Leaks when you cough or sneeze
   - □ Leaks when you are asleep
   - □ Leaks when you are physically active/exercising
   - □ Leaks when you have finished urinating and are dressed
   - □ Leaks for no obvious reason
   - □ Leaks all the time

Do you wear diapers, pads, or panty liners because of leaking? □Yes □No

Are you bothered by the number of times per day you have to empty your bladder? □Yes □No

Do you wake up at night to empty your bladder? □Yes □No

If Yes, How many times? _____

Do you feel you have to rush to the toilet to avoid an accidental leak? □Yes □No

## Bowel:

1) Do you accidentally leak stool? □Yes □No
2) Do you have to strain to have bowel movements? □Yes □No
3) Do you pass gas when you do not want to? □Yes □No

## Gynecological:

1) Do you experience pelvic pain? □Yes □No
2) Do/did you experience pain with intercourse? □Yes □No
3) Do you have a feeling of a "ball" in your vagina? □Yes □No
4) Hysterectomy? □Yes □No
5) Vaginal Dryness? □Yes □No
6) # of Vaginal Deliveries _____
7) # of Cesarean Sections _____

# Cuestionario de Salud Pélvica

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ 1.Edad: ____ 2. Sexo: □Femenino □Masculino

## Vejiga (Seleccione uno):

3. ¿Con que frecuencia se le escapa la orina (seleccione una opción)?
   - 0 □ Nunca
   - 1 □ Una vez a la semana o menos
   - 2 □ Dos o tres veces por semana
   - 3 □ Una vez al día
   - 4 □ Varias veces al día
   - 5 □ Todo el tiempo
4. Nos gustaría saber cuanta orina cree que se le escapa. ¿Cuánta orina pierde usted habitualmente (bien sea que use protección o no)? Seleccione una opción.
   - 0 □ Nada
   - 2 □ Una pequeña cantidad
   - 4 □ Una cantidad moderada
   - 6 □ Mucha cantidad
5. ¿En qué medida afectan su vida diaria estos escapes de orina que tiene? Por favor, haga un círculo en un número entre 0 (nada en absoluto) y 10 (mucho).

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nada | | | | | | | | | | Mucho |

ICIQ puntaje: sume 3+4+5= _____

6. ¿En que situaciones se le escapa la orina? (Favor señale todas las que aplican a usted).
   - □ Nunca—La orina no se escapa
   - □ Antes de llegar al baño
   - □ Al toser o estornudar
   - □ Mientras duerme
   - □ Al realizar esfuerzos físicos / ejercicio
   - □ Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
   - □ Sin motivo evidente
   - □ De forma continua (todo el tiempo)

| | | |
|---|---|---|
| ¿Utiliza usted pañales, protectores diarios o toallas sanitarias, debido a los escapes de orina? | □Si | □No |
| ¿Sufre de incomodidad por el número de veces que va al baño a orinar? | □Si | □No |
| ¿Tiene usted que despertar en la noche para ir a orinar? | □Si | □No |
| Si su respuesta fue Si, ¿Cuántas veces? _____ | | |
| ¿Siente que tiene que apurarse en llegar al baño para evitar una perdida de orina accidental? | □Si | □No |

## Intestinos:

| | | |
|---|---|---|
| 4) ¿Se le escapa el excremento de forma accidental? | □Si | □No |
| 5) ¿Tiene que hacer mucho esfuerzo para tener evacuaciones intestinales? | □Si | □No |
| 6) ¿Se le escapan los gases cuando usted no lo desea? | □Si | □No |

## Ginecológico:

| | | |
|---|---|---|
| 8) ¿Experimenta usted dolor pélvico? | □Si | □No |
| 9) ¿Ha experimentado o experimenta dolor mientras tiene relaciones sexuales? | □Si | □No |
| 10) ¿Tiene usted la sensación de tener "una pelota" dentro de su vagina? | □Si | □No |
| 11) ¿Tuvo usted una histerectomía? | □Si | □No |
| 12) ¿Experimenta resequedad vaginal? | □Si | □No |

13) Número de partos naturales (por vía vaginal) _____

14) Número de cesáreas _____