

Instituto de Nefrología. Servicio de Urología.

Valoración Clínica de los Pacientes con Obstrucción Urinaria Baja.

Pte: _____ Edad: ____ HC: _____
 Pre Tto: __ Postto: __ meses. PostQx: __ meses. Fecha: _____

IPSS:

Durante el pasado Mes	Ninguna	Menos De 5 veces	Menos de la mitad	Mitad de las veces.	Mas de la mitad.	Casi Siempre.
¿Cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar la vejiga completamente?						
¿Cuántas veces ha tenido que orinar antes de las 2 horas?						
¿Cuántas veces se le ha interrumpido el chorro al orinar?						
¿Cuántas veces le fue difícil aguantar los deseos de orinar?						
¿Cuántas veces ha tenido el chorro de orina débil ?						
¿Cuántas veces ha tenido que "pujar" para empezar a orinar?						
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o mas
¿Cuántas veces ha tenido que levantarse a orinar durante la noche?						

Calidad de Vida:

	Encantado	Aceptable	Bastante Satisfecho	Mixto	Bastante insatisfecho	Desgraciado	Terriblemente mal.
Si tuviera que pasar el resto de su vida en la misma forma en que orina, ahora, ¿cómo se sentiría?							

Flujometría:

Qmax: _____ ml/seg. Volumen Urinario: _____ ml. Residuo Vesical: ____ Obstruido: ____

Examen Físico: TR: _____

US Prostático: Abdom: __ TRUS: __ Volumen: _____ ml (g) Lóbulo Medio: __ Residuo __

PSA: _____ ng/L **Endoscopia:** _____ **UCM:** _____

CONCLUSIONES: S _____ L _____ Q _____ R _____ V _____

Cirugía: __ RTU __ CAC __ Medicamentos: __ Vigilancia: __ Seguimiento: __

Confeccionado: _____ Fecha: _____ Alta _____