

TERAPIA DE RF Prostiva®

Nombre _____

Fecha _____

Previo a la terapia

Posterior a la terapia (fecha de la terapia _____)

Para facilitar la evaluación de la gravedad de los síntomas de la HPB o próstata dilatada, se creó el índice de calificación de síntomas de HPB de la Asociación Urológica Americana (AUA). Haga un círculo alrededor de la respuesta a cada pregunta que mejor corresponda a sus experiencias recientes. Anote la puntuación en la columna de la derecha. Sume las puntuaciones para determinar su puntaje.

COMPRUEBE SU CALIFICACIÓN DE SÍNTOMAS DE LA AUA

Preguntas para responder con respecto a su afección de la HPB	Nunca	Menos de 1 de cada 5 veces	Menos de la mitad de las veces	Alrededor de la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi Siempre	Puntuación
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo la sensación de no haber vaciado completamente la vejiga después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5	_____
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo que volver a orinar en un lapso de menos de 2 horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5	_____
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia notó que se detenía y volvía a empezar varias veces mientras estaba orinando?	0	1	2	3	4	5	_____
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia le resultó difícil posponer la micción?	0	1	2	3	4	5	_____
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5	_____
Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo que pujar o hacer fuerza para poder empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5	_____
Durante el mes pasado, en general, ¿cuántas veces se levantó a orinar desde el momento en que se acostó por la noche hasta que se levantó en la mañana? (Haga un círculo alrededor de la opción que mejor representa la cantidad de veces promedio que se despierta cada noche).	0 veces	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces	_____

Calificación de síntomas de la AUA _____

El total posible va desde 0 hasta 35 puntos, con las calificaciones más altas indicativas de síntomas más graves. Las calificaciones inferiores a 7 se consideran leves y generalmente no merecen tratamiento. **Este material se proporciona sólo para fines informativos. Consulte con un urólogo con respecto a sus síntomas específicos.**

PUNTAJE DE CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida debido a síntomas urinarios	Contento	Satisfecho	Principalmente satisfecho	Combinado	Principalmente insatisfecho	Insatisfecho	Mal
¿Cómo se sentiría si tuviera que vivir con su afección urinaria de la forma en que está ahora (ni mejor ni peor) durante el resto de su vida? (Haga un círculo alrededor del número que mejor describa sus sentimientos).	0	1	2	3	4	5	6
¿Le interesa obtener más información sobre un procedimiento ambulatorio que le podría permitir discontinuar sus medicamentos?	Sí	No					

RITMO DEL FLUJO (Su médico completará esta sección.)

Volumen de evacuación _____ mL Ritmo de flujo máx. _____ mL/seg. PVR _____ mL

Adaptado de la Directriz de la AUA para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna. American Urological Association Education and Research, Inc., © 2003.

La terapia de RF Prostiva no es para todo el mundo. Sírvase consultar con su médico. Se requiere receta. Para obtener más información, llame a Medtronic al 800-510-6735 y/o consulte el sitio web de Medtronic en www.TakeControlofYourFlow.com.