

Pelvic Floor Distress Inventory Questionnaire - Short Form 20

Por favor, conteste todas las preguntas de la siguiente encuesta. En ella se le preguntará si usted tiene ciertos síntomas intestinales, urinarios o pélvicos y en qué medida le molestan. Conteste cada pregunta poniendo una X en la casilla o casillas apropiadas. Si no está seguro acerca de cómo responder, por favor dé la mejor respuesta que pueda. Al responder a estas preguntas, por favor, considere sus síntomas durante los últimos 3 meses.

¿Tiene usted, y si es así, en qué medida le molesta...		No me molesta en absoluto	Me molesta algo	Me molesta moderadamente	Me molesta bastante
La sensación de presión en la región inferior del abdomen?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación de pesadez o dolor en la pelvis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación o la visión directa de bulto o salida de órganos través de su vagina ?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La necesidad de empujar en la vagina o el recto para completar la defecación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación de vaciado incompleto de la vejiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La necesidad de introducir el abultamiento empujando con sus dedos dentro de la vagina para iniciar o finalizar la micción?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La necesidad de realizar un gran esfuerzo para defecar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación de no haber evacuado el recto por completo tras la defecación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La imposibilidad de evitar escapes de heces sólidas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La imposibilidad de evitar escapes de heces de consistencia líquida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La falta de control sobre escapes de gases a través del ano?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación urgente de tener que defecar que le hace ir corriendo al baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
La sensación de abultamiento o salida de recto o asas intestinales a través del ano durante o después de la defecación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Experimentar frecuentemente deseos de orinar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tener frecuentes pérdidas de orina asociadas a sensación de urgencia miccional (necesidad imperiosa de ir al baño)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tener frecuentes pérdidas de orina relacionadas con la tos, el estornudo o la risa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tener frecuentes pérdidas de pequeña cantidad de orina (gotas)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Tener usualmente dificultad para vaciar la vejiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

¿Tiene usted, y si es así, en qué medida le molesta...		No me molesta en absoluto	Me molesta algo	Me molesta moderadamente	Me molesta bastante
Experimentar frecuentemente dolor o disconfort en la región abdominal baja o genital?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				