

Bladder Health Questionnaire

Please answer the questions about your individual health to help your doctor choose the right treatment for your bladder symptoms.

How bothered are you by the following incidents

- | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|--|
| 1. Frequent urination during the daytime hours? | Not at all
<input type="checkbox"/> | A little bit
<input type="checkbox"/> | Somewhat
<input type="checkbox"/> | A great deal
<input type="checkbox"/> |
| 2. A sudden or uncontrollable urge to urinate with little or no warning? | Not at all
<input type="checkbox"/> | A little bit
<input type="checkbox"/> | Somewhat
<input type="checkbox"/> | A great deal
<input type="checkbox"/> |
| 3. Accidental loss of urine? | Not at all
<input type="checkbox"/> | A little bit
<input type="checkbox"/> | Somewhat
<input type="checkbox"/> | A great deal
<input type="checkbox"/> |
| 4. Urine loss due to a strong desire to urinate? | Not at all
<input type="checkbox"/> | A little bit
<input type="checkbox"/> | Somewhat
<input type="checkbox"/> | A great deal
<input type="checkbox"/> |

Please answer the following questions

- | | | | |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 5. How many times are you getting up to void per night? | 0 – 1
<input type="checkbox"/> | 2-4
<input type="checkbox"/> | 5 or more
<input type="checkbox"/> |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|
6. What Overactive Bladder (OAB) treatments have you tried (check all that apply)?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Absorbent pads | <input type="checkbox"/> Behavioral modification (fluid management, dietary changes, bladder training) |
| <input type="checkbox"/> Biofeedback | <input type="checkbox"/> Pelvic muscle exercises (Kegel exercises) |
7. Which OAB drugs have you taken and for approximately how long? (check all that apply & write length taken next to drug name)
- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enablex® _____ | <input type="checkbox"/> Flomax® _____ | <input type="checkbox"/> Detrol® _____ | <input type="checkbox"/> Ditropan® _____ |
| <input type="checkbox"/> Sanctura® _____ | <input type="checkbox"/> Toviaz® _____ | <input type="checkbox"/> Vesicare® _____ | <input type="checkbox"/> Other _____ |
8. Have you experienced any intolerable side-effects from taking drugs to treat OAB (i.e., dry mouth, constipation, mental confusion, etc.)?
- | | | |
|--|-----|----|
| | Yes | No |
|--|-----|----|
9. Which of these statements apply to you? (check all that apply)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> I have a pacemaker or implanted defibrillator | <input type="checkbox"/> I have nerve damage that could impact the tibial nerve or pelvic floor function |
| <input type="checkbox"/> I am pregnant or plan on becoming pregnant over the next 1-3 months | <input type="checkbox"/> I bleed excessively |
10. Would you be interested in learning more about a non-surgical, non-drug treatment for your Overactive Bladder symptoms?
- | | | |
|--|-----|----|
| | Yes | No |
|--|-----|----|

Cuestionario sobre la salud de la vejiga

Responda las preguntas acerca de su salud individual para ayudar a su médico a elegir el tratamiento adecuado para sus síntomas de la vejiga.

¿Qué tan molesto está por los siguientes incidentes?

- | | | | | |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Micción frecuente durante el día | En absoluto
<input type="checkbox"/> | Un poco
<input type="checkbox"/> | Bastante
<input type="checkbox"/> | Mucho
<input type="checkbox"/> |
| 2. Deseos repentinos o incontrolables de orinar con poco o ningún aviso | En absoluto
<input type="checkbox"/> | Un poco
<input type="checkbox"/> | Bastante
<input type="checkbox"/> | Mucho
<input type="checkbox"/> |
| 3. Pérdida accidental de orina | En absoluto
<input type="checkbox"/> | Un poco
<input type="checkbox"/> | Bastante
<input type="checkbox"/> | Mucho
<input type="checkbox"/> |
| 4. Pérdida de orina debido a un fuerte deseo de orinar | En absoluto
<input type="checkbox"/> | Un poco
<input type="checkbox"/> | Bastante
<input type="checkbox"/> | Mucho
<input type="checkbox"/> |

Responda las siguientes preguntas.

5. ¿Cuántas veces se levanta para vaciar su vejiga por noche?
- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|
| 0 – 1
<input type="checkbox"/> | 2-4
<input type="checkbox"/> | 5 veces o más
<input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|---------------------------------|---|
6. ¿Qué tratamientos para la vejiga hiperactiva (OAB) intentó (marque todas las opciones que se aplican)?
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Almohadillas absorbentes | <input type="checkbox"/> Modificación del comportamiento (administración de líquidos, cambios en la alimentación, entrenamiento de la vejiga) |
| <input type="checkbox"/> Bioretroalimentación | <input type="checkbox"/> Ejercicios de los músculos pélvicos (ejercicios de Kegel) |
7. ¿Qué medicamentos tomó para tratar la vejiga hiperactiva (OAB) y durante aproximadamente cuánto tiempo? (marque todas las opciones que se aplican y escriba el período de tiempo que le tomó junto al nombre del medicamento)
- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enablex® _____ | <input type="checkbox"/> Flomax® _____ | <input type="checkbox"/> Enablex® _____ | <input type="checkbox"/> Ditropan® _____ |
| <input type="checkbox"/> Sanctura® _____ | <input type="checkbox"/> Toviaz® _____ | <input type="checkbox"/> Vesicare® _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
8. ¿Experimentó algún efecto secundario intolerable a partir de la toma de medicamentos para tratar el síndrome de la vejiga hiperactiva (es decir, sequedad bucal, constipación, confusión mental, etc.)?
- | | | |
|--|----|----|
| | Sí | No |
|--|----|----|
9. ¿Cuál de estos enunciados se aplica a usted? (marque todas las opciones que se aplican)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tengo un marcapasos o un desfibrilador implantado. | <input type="checkbox"/> Tengo daño nervioso que podría impactar en el funcionamiento del nervio tibial o del piso pélvico. |
| <input type="checkbox"/> Estoy embarazada o planeo estarlo en los próximos 1 a 3 meses. | <input type="checkbox"/> Sangro en exceso. |
10. ¿Estaría interesado en aprender más sobre un tratamiento sin medicamentos ni cirugías para los síntomas de su vejiga hiperactiva?
- | | | |
|--|----|----|
| | Sí | No |
|--|----|----|