

De första åtta frågorna handlar om hur du kissar. Dessa frågor används över hela världen för bedömning av hur stora besvär man har med kissandet. Om du redan har svarat på dessa kan du hoppa över dom annars klickar du i det svarsalternativ som stämmer bäst in på hur du kissar.

Jag har redan svarat på dessa frågor

I-PSS – symtomskattning vid prostatabesvär (modifierad av NPCR styrgrupp).

Ringa in det svarsalternativ som bäst stämmer överens med hur Du upplevt in situation under senaste månaden	Inte alls	Mindre än 1 gång av 5	Mindre än hälften av gångerna	Hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna	Nästan alltid	
1. Hur ofta har du en känsla av att blåsan inte har tömts helt när du kissat?	0	1	2	3	4	5	
2. Hur ofta har du varit tvungen att kissa oftare än varannan timme?	0	1	2	3	4	5	
3. Hur ofta har du haft ett avbrott i urinflödet, dvs urinflödet satte igång, stannade upp och satte igång igen?	0	1	2	3	4	5	
4. Hur ofta har du haft svårt att vänta med att kissa efter det att du känt behov av att kissa?	0	1	2	3	4	5	
5. Hur ofta har du tyckt (upplevt) att strålen varit svag?	0	1	2	3	4	5	
6. Hur ofta har du haft behov av att krysta eller ta i för att komma igång att kissa?	0	1	2	3	4	5	
	Aldrig	1 gång per natt	2 gånger per natt	3 gånger per natt	4 gånger per natt	5 gånger eller fler	
7. Hur ofta har du vanligtvis behövt gå upp för att kissa från det du lagt dig på kvällen tills du stiger upp på morgonen?	0	1	2	3	4	5	
Total poängsumma frågorna 1-7:							
	Mycket nöjd	Nöjd	Ganska nöjd	Blandade känslor	Ganska missbelåten	Olycklig	Fruktansvärt
8. Om dina kisseribesvär skulle vara oförändrade under resten av ditt liv, hur skulle du uppleva det?	0	1	2	3	4	5	6

Besvara frågor med markering av lämplig nivå med hur du upplevt den senaste månaden

Allmänna frågor om din hälsa

1. Hur skulle du beskriva din <u>hälsa</u> ?	Mycket dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utmärkt
		1	2	3	4	5	6	7	
2. Hur skulle du beskriva din <u>livskvalitet</u> ?	Mycket dålig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utmärkt
		1	2	3	4	5	6	7	

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
3. Hur mycket påverkar din prostatacancersjukdom eller dess behandling din dagliga aktivitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Känner du dig orolig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om urinvägarna, den senaste månaden

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
5. Har du svag urinstråle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har du ett trängande behov att gå och kissa direkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Har du urinläckage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aldrig	Läcker ibland vid hosta, nysning, och /eller använder droppskydd vid speciell fysisk ansträngning, t.ex. sportaktivitet, trädgårdsarbete	Bär droppskydd hela tiden (utom möjligtvis nattetid) men de är inte alltid våta	Bär droppskydd hela tiden som måste bytas pga. att de är våta	Läcker kontinuerligt och behöver blöjor som kontinuerligt bytes

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
8. Hur mycket urin läcker du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hur många skydd använder du per dygn på grund av urinläckage?	<input type="checkbox"/> Jag har inget skydd <input type="checkbox"/> Mindre än 1 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 1 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 2 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 3-4 per dygn <input type="checkbox"/> Ungefär 5 eller fler per dygn			

10. Om du skulle leva resten av ditt liv med din urinvägsfunktion som det är just nu, hur skulle du uppleva detta?

- Det skulle inte besvära mig alls
 Det skulle besvära mig lite
 Det skulle besvära mig måttligt
 Det skulle besvära mig mycket

Frågor om tarmfunktion, den senaste månaden

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
11. Har du ett trängande behov till att tömma tarmen direkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Har du slem i avföringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Har du blod i avföringen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Har du avföringsläckage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aldrig	Läcker ibland vid hosta, nysning, skratt, lyfter tungt eller när du reser dig från sittande till stående	Vid gasavgång	Bär läckageskydd hela tiden som måste bytas pga. att de är våta/smutsiga	Läcker kontinuerligt och behöver blöjor som kontinuerligt bytes

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
15. Hur mycket avföring läcker du?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Om du skulle leva resten av ditt liv med din avföringsfunktion som det är just nu, hur skulle du uppleva detta?

- Det skulle inte besvära mig alls
 Det skulle besvära mig lite
 Det skulle besvära mig måttligt
 Det skulle besvära mig mycket

Frågor om sexuallivet, den senaste månaden

17. Har du någon partner?

- Ja Nej

18. Är du sexuellt aktiv (med eller utan partner)?

- Ja, fortsatt till **fråga 20a** Nej

19. Om du inte är sexuellt aktiv, vad beror det på?
Besvara frågan och fortsatt sen till **fråga 21**
(Flera svarsalternativ är möjliga)

- Liten eller ingen lust
 Erektionsbesvär (problem medståndet)
 Min partner har liten eller ingen lust
 Annan eller andra orsaker

<p>20a. Använder du några potenshjälpmedel vid sexuell aktivitet? (Flera svarsalternativ är möjliga)</p> <p>20b Om Ja, hur ofta? <input type="checkbox"/> Ibland <input type="checkbox"/> Oftast <input type="checkbox"/> Alltid</p>	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, tabletter <input type="checkbox"/> Ja, injektion/sprutbehandling <input type="checkbox"/> Ja, stift eller gel som förs in i urinröret <input type="checkbox"/> Ja, vacumpump <input type="checkbox"/> Ja, annat
<p>21. Hur brukar din erektion (ditt stånd) vara? (om du använder hjälpmedel så beskriver du ditt stånd med hjälpmedel. Om du inte använder hjälpmedel så beskriver du ditt stånd utan hjälpmedel. Om du inte har någon sexuell aktivitet men morgonstånd, beskriv den)</p>	<input type="checkbox"/> Ingen fyllnad eller styvnad alls <input type="checkbox"/> Viss fyllnad, men penisen blir inte styv <input type="checkbox"/> Måttlig styvnad/hårdhet <input type="checkbox"/> Full styvnad/hårdhet
<p>22. Om du skulle leva resten av ditt liv med din sexuellfunktion som det är just nu, hur skulle Du uppleva detta?</p>	<input type="checkbox"/> Det skulle inte besvära mig alls <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig lite <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig måttligt <input type="checkbox"/> Det skulle besvära mig mycket

Besvaras ca 3 månader efter behandling

Under din aktuella sjukdom eller behandling, hur mycket information har du fått om:

	Inte alls tillfredsställande	Lite tillfredsställande	Måttligt tillfredsställande	Mycket tillfredsställande
23. Eventuella biverkningar av din behandling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Inverkan av behandlingen på sexlivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om information/delaktighet

	Inte alls	Lite	Måttligt	Mycket
25. Känner du dig delaktig i beslut om din vård och behandling, så mycket som du önskar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Har du en kontaktsjuksköterska?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Vet ej	

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!