
 <small>Centro de Especialistas en Urología S.A.</small>		CUESTIONARIO URODINAMIA	<small>CódigoFOAPT02</small> <small>Versión:2</small> <small>FECHA: ABRIL 2020</small>
NOMBRE DEL PACIENTE :			
<small>FECHA</small>	<small>HORA</small>		
Practica procedimiento Dr.			
<p>A continuación realizaremos algunas preguntas que nos permitirán saber un poco más acerca de su caso, léalas con atención y responda las preguntas generales y luego las correspondientes a Mujer u Hombre según sea su caso:</p>			
1. ¿En este momento tiene sonda uretral?	SI ____	NO ____	
2. ¿Ha tenido sonda uretral anteriormente?	SI ____	NO ____	
3. A continuación seleccione la opción indicada de acuerdo a las características de su orina:			
• ¿El chorro de orina es grueso?	SI ____	NO ____	
• ¿El chorro de orina se corta?	SI ____	NO ____	
• ¿Hace fuerza para orinar?	SI ____	NO ____	
• ¿Gotea después de orinar?	SI ____	NO ____	
4. ¿Usualmente se levanta en la noche a orinar?	SI ____	NO ____	
5. Cuantas veces: _____			
6. Usualmente cuantas veces orina en el día: _____			
7. ¿Al terminar de orinar queda con sensación de aun tener ganas	SI ____	NO ____	
8. Le han practicado antes una Urodinamia?	SI ____	NO ____	
9. ¿Presenta incontinencia cuando tose o estornuda?	SI ____	NO ____	
10. ¿Presenta incontinencia sin realizar ningún esfuerzo físico?	SI ____	NO ____	
11. ¿Le han realizado alguna cirugía para la incontinencia?	SI ____	NO ____	
12. ¿Le han colocado cinta vaginales? (Mujeres)	SI ____	NO ____	
13. ¿Le han realizado cirugía de próstata? (Hombres)	SI ____	NO ____	
14. ¿Ha presentado infección urinaria recientemente?	SI ____	NO ____	
15. ¿Cuándo le dan ganas de orinar puede aguantar fácilmente?	SI ____	NO ____	
FIRMA DEL PACIENTE _____			
FIRMA MEDICO UROLOGO _____			

 <small>Centro de Especialistas en Urología S.A.</small>		CUESTIONARIO URODINAMIA	<small>CódigoFOAPT02</small> <small>Versión:2</small> <small>FECHA: ABRIL 2020</small>
NOMBRE DEL PACIENTE :			
<small>FECHA</small>	<small>HORA</small>		
Practica procedimiento Dr.			
<p>A continuación realizaremos algunas preguntas que nos permitirán saber un poco más acerca de su caso, léalas con atención y responda las preguntas generales y luego las correspondientes a Mujer u Hombre según sea su caso:</p>			
1. ¿En este momento tiene sonda uretral?	SI ____	NO ____	
2. ¿Ha tenido sonda uretral anteriormente?	SI ____	NO ____	
3. A continuación seleccione la opción indicada de acuerdo a las características de su orina:			
• ¿El chorro de orina es grueso?	SI ____	NO ____	
• ¿El chorro de orina se corta?	SI ____	NO ____	
• ¿Hace fuerza para orinar?	SI ____	NO ____	
• ¿Gotea después de orinar?	SI ____	NO ____	
4. ¿Usualmente se levanta en la noche a orinar?	SI ____	NO ____	
5. Cuantas veces: _____			
6. Usualmente cuantas veces orina en el día: _____			
7. ¿Al terminar de orinar queda con sensación de aun tener ganas	SI ____	NO ____	
8. Le han practicado antes una Urodinamia?	SI ____	NO ____	
9. ¿Presenta incontinencia cuando tose o estornuda?	SI ____	NO ____	
10. ¿Presenta incontinencia sin realizar ningún esfuerzo físico?	SI ____	NO ____	
11. ¿Le han realizado alguna cirugía para la incontinencia?	SI ____	NO ____	
12. ¿Le han colocado cinta vaginales? (Mujeres)	SI ____	NO ____	
13. ¿Le han realizado cirugía de próstata? (Hombres)	SI ____	NO ____	
14. ¿Ha presentado infección urinaria recientemente?	SI ____	NO ____	
15. ¿Cuándo le dan ganas de orinar puede aguantar fácilmente?	SI ____	NO ____	
FIRMA DEL PACIENTE _____			
FIRMA MEDICO UROLOGO _____			