

# U.O.C. UROLOGIA SACCO

Dir. Dr. A.M. Granata

## Equipe medica

Dr. A.M. Granata  
 Dr. M. Rosso  
 Dr.ssa F. Marchesotti  
 Dr.ssa S. Ranzoni  
 Dr. A. Abdulvagabov  
 Dr. D. Trerè  
 Dr. F.P. Costa

## Ambulatorio di Urologia

Coord. Inferm. Dipartimento.:  
 O. Barbato

Inf. P. Lupoli  
 Inf. S. Biasini  
 Inf. M. Alessandri  
 OSS. A. Larotonda

Contatti:  
 Tel. 02.3904.3557  
[ambulatorio.urologia@asst-fbf-sacco.it](mailto:ambulatorio.urologia@asst-fbf-sacco.it)

## Questionario NIH-CPSI — Prostatiti

Valuta la gravità dei sintomi della prostatite. Tutte le domande si riferiscono all'ULTIMA SETTIMANA.

Paziente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

### A. Dolore o fastidio

#### A1. Nell'ultima settimana ha avuto dolore o fastidio nelle seguenti zone?

|                                               |                                 |                                 |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| a. Area fra l'ano e i testicoli (perineo)     | <input type="checkbox"/> Sì (1) | <input type="checkbox"/> No (0) |
| b. Testicoli                                  | <input type="checkbox"/> Sì (1) | <input type="checkbox"/> No (0) |
| c. Punta del pene (non quando urina)          | <input type="checkbox"/> Sì (1) | <input type="checkbox"/> No (0) |
| d. Sotto la vita, zona pubica o della vescica | <input type="checkbox"/> Sì (1) | <input type="checkbox"/> No (0) |

#### A2. Nell'ultima settimana ha avuto:

|                                                               |                                 |                                 |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| a. Dolore o bruciore quando urina?                            | <input type="checkbox"/> Sì (1) | <input type="checkbox"/> No (0) |
| b. Dolore o fastidio durante o dopo l'orgasmo (eiaculazione)? | <input type="checkbox"/> Sì (1) | <input type="checkbox"/> No (0) |

#### A3. Quante volte ha avuto dolore o fastidio nelle zone sopra descritte?

|                                     |                                           |                                         |                                        |                                           |                                        |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mai (0 pt) | <input type="checkbox"/> Raramente (1 pt) | <input type="checkbox"/> A volte (2 pt) | <input type="checkbox"/> Spesso (3 pt) | <input type="checkbox"/> Di solito (4 pt) | <input type="checkbox"/> Sempre (5 pt) |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------|

#### A4. Quale numero descrive meglio il dolore o fastidio MEDIO nei giorni in cui lo provava? (1=minimo, 10=massimo)

|                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 (1 pt) | <input type="checkbox"/> 2 (2 pt) | <input type="checkbox"/> 3 (3 pt) | <input type="checkbox"/> 4 (4 pt) | <input type="checkbox"/> 5 (5 pt) | <input type="checkbox"/> 6 (6 pt) | <input type="checkbox"/> 7 (7 pt) | <input type="checkbox"/> 8 (8 pt) | <input type="checkbox"/> 9 (9 pt) | <input type="checkbox"/> 10 (10 pt) |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|

### B. Minzione

#### B1. Quante volte ha avuto la sensazione di non aver svuotato completamente la vescica dopo aver urinato?

|                                     |                                       |                                        |                                       |                                        |                                              |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mai (0 pt) | <input type="checkbox"/> < 1/5 (1 pt) | <input type="checkbox"/> < metà (2 pt) | <input type="checkbox"/> ~metà (3 pt) | <input type="checkbox"/> > metà (4 pt) | <input type="checkbox"/> Quasi sempre (5 pt) |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|

#### B2. Quante volte ha dovuto urinare nuovamente dopo meno di due ore dalla volta precedente?

|                                     |                                       |                                        |                                       |                                        |                                              |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mai (0 pt) | <input type="checkbox"/> < 1/5 (1 pt) | <input type="checkbox"/> < metà (2 pt) | <input type="checkbox"/> ~metà (3 pt) | <input type="checkbox"/> > metà (4 pt) | <input type="checkbox"/> Quasi sempre (5 pt) |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------|

### C. Qualità della vita

#### C1. In che misura i sintomi hanno limitato le sue attività quotidiane?

|                                            |                                      |                                            |                                       |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Per niente (0 pt) | <input type="checkbox"/> Poco (1 pt) | <input type="checkbox"/> Abbastanza (2 pt) | <input type="checkbox"/> Molto (3 pt) |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|

#### C2. Quanto le è capitato di pensare ai suoi sintomi nell'ultima settimana?

|                                            |                                      |                                            |                                       |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Per niente (0 pt) | <input type="checkbox"/> Poco (1 pt) | <input type="checkbox"/> Abbastanza (2 pt) | <input type="checkbox"/> Molto (3 pt) |
|--------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|

# U.O.C. UROLOGIA SACCO

Dir. Dr. A.M. Granata

## Equipe medica

Dr. A.M. Granata  
 Dr. M. Rosso  
 Dr.ssa F. Marchesotti  
 Dr.ssa S. Ranzoni  
 Dr. A. Abdulvagabov  
 Dr. D. Trerè  
 Dr. F.P. Costa

## Ambulatorio di Urologia

Coord. Inferm. Dipartimento.:  
 O. Barbato

Inf. P. Lupoli  
 Inf. S. Biasini  
 Inf. M. Alessandri  
 OSS. A. Larotonda

Contatti:  
 Tel. 02.3904.3557  
[ambulatorio.urologia@asst-fbf-sacco.it](mailto:ambulatorio.urologia@asst-fbf-sacco.it)

### C3. Se dovesse trascorrere il resto della vita con questi sintomi, come si sentirebbe?

|                                                      |                                               |                                                             |                                              |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Molto soddisfatto (0 pt)    | <input type="checkbox"/> Soddisfatto (1 pt)   | <input type="checkbox"/> Moder. soddisfatto (2 pt)          | <input type="checkbox"/> Indifferente (3 pt) |
| <input type="checkbox"/> Moder. insoddisfatto (4 pt) | <input type="checkbox"/> Insoddisfatto (5 pt) | <input type="checkbox"/> Terribilmente insoddisfatto (6 pt) |                                              |

### Calcolo e interpretazione punteggio NIH-CPSI

|                                              |                  |
|----------------------------------------------|------------------|
| <b>DOLORE (A1a+b+c+d + A2a+b + A3 + A4):</b> | _____ / 31 punti |
| <b>MINZIONE (B1 + B2):</b>                   | _____ / 10 punti |
| <b>QUALITÀ DELLA VITA (C1 + C2 + C3):</b>    | _____ / 12 punti |
| <b>TOTALE NIH-CPSI:</b>                      | _____ / 53 punti |
| Sintomatologia lieve (Dolore+Minzione)       | 0 – 9 punti      |
| Sintomatologia moderata                      | 10 – 18 punti    |
| Sintomatologia grave (severa)                | 19 – 31 punti    |