ОБЛАСТНОЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПРОЕКТ
«ЖИВИ ДОЛГО!»

ОПРОСНИК ПО ВЫЯВЛЕНИЮ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

для мужчин

Ф.И.О._____

_____

Дата заполнения _____ / _____ / _____

день месяц год

1. Испытываете/ли Вы затруднения при мочеиспускании?

☐ да ☐ нет

2. Сохраняется ли у Вас желание помочиться после мочеиспускания?

☐ да ☐ нет

3. Просыпаетесь ли вы ночью, чтобы помочиться?

☐ да ☐ нет

4. Сколько раз за ночь Вы встаёте, чтобы помочиться?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 и более

Пациент должен быть направлен на консультацию к районному терапевту/хирургу, если он ответил положительно хотя бы на один из трёх первых вопросов.