ОБЛАСТНОЙ МЕЖВЕДОМСТВЕННЫЙ ПРОЕКТ
«ЖИВИ ДОЛГО!»

ОПРОСНИК ПО ВЫЯВЛЕНИЮ НАРУШЕНИЙ МОЧЕИСПУСКАНИЯ

для женщин

Ф.И.О._____

_____

Дата заполнения _____ / _____ / _____

день месяц год

1. Испытываете/ли ли Вы когда-либо эпизоды непроизвольного выделения мочи?

☐ да ☐ нет

2. Беспокоит ли Вас учащённое мочеиспускание – более 8 раз днём и/или более 1-го раза ночью каждые сутки?

☐ да ☐ нет

Пациентка должна быть направлена на консультацию к врачу акушеру-гинекологу, если она ответила положительно хотя бы на один из двух вопросов.