|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | **Nunca** | **Menos da metade das vezes** | **Aproximadamente metade das vezes** | **Mais da metade das vezes** |
| **No último mês, quantas vezes foi difícil segurar a vontade de urinar?** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **No último mês, quantas vezes você achou que o jato de urina estava fraco?** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não ter esvaziado completamente a bexiga após terminar de urinar?** | **( )** | **( )** | **( )** | **( )** |
| **No último mês, quantas vezes em média você teve que levantar-se a noite para urinar?** | **0 vezes** **( )** | **1 a 2 vezes** **( )**  | **3 vezes** **( )** | **4 vezes ou mais** **( )** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Satisfeito** | **Nem satisfeito/ Nem insatisfeito** | **Insatisfeito** |
| **Caso você tivesse que viver a vida com os sintomas urinários que você tem atualmente, como você se sentiria?** | **( )** | **( )** | **( )** |