

# Kwestionariusz oceny Nietrzymania Mocz u kobiet (QUID)

*UWAGA - pytania dotyczą objawów z ostatniego miesiąca*

**Czy popuszcza Pani mocz (nawet kilka kropli) mocząc wkładkę lub bieliznę:**

**Nigdy**      **Rzadko**      **Raz na jakiś czas**      **Często**      **Przez większość czasu**      **Cały czas**

- |  |                            |                            |                            |                            |                            |                            |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Podczas kaszlu lub kichania?  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 2. Podczas podnoszenia czegoś lub schylania się?   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 3. Podczas szybkiego chodzenia, biegu, ćwiczeń?  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 4. Podczas rozbierania się przed skorzystaniem z toalety?  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 5. Czy odczuwa Pani silną i nieprzyjemną potrzebę oddania moczu, której towarzyszy popuszczanie (nawet kilku kropel) zanim uda się skorzystać z toalety? | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| 6. Czy musi Pani spieszyć się, aby skorzystać z toalety, z powodu nagłej i silnej potrzeby oddania moczu?  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

