

QUESTIONARIO ACSS (ACUTE CYSTITIS SYMPTOM SCORE)

Diagnosi e valutazione della gravità dei sintomi della cistite acuta non complicata.

Data di valutazione _____

Prego indicare se hai presentato uno dei seguenti sintomi nelle ultime 24 ore e quanto sono stati intensi (segnare una sola risposta per ogni sintomo)		0	1	2	3
Tipici sintomi	1 Minzione frequente di piccole quantità di urina <i>(necessità di andare al bagno molto spesso)</i>	<input type="checkbox"/> No <i>4 o meno volte al giorno</i>	<input type="checkbox"/> Sì, lieve <i>5/6 volte al giorno</i>	<input type="checkbox"/> Sì, moderato <i>7/8 volte al giorno</i>	<input type="checkbox"/> Sì, grave <i>9/10 o più volte al giorno</i>
	2 Minzione urgente <i>(desiderio intenso e incontrollabile di urinare)</i>	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	3 Sensazione di dolore o bruciore durante la minzione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	4 Svuotamento vescicale incompleto dopo la minzione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	5 Dolore o pressione fastidiosa nella parte bassa dell'addome (area sovrapubica)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	6 Sangue visibile nelle urine	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
Somma del punteggio "Tipici sintomi" = ____ punti					
Differenziali	7 Dolore lombare (parte bassa della schiena)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	8 Secrezioni vaginali (soprattutto al mattino)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	9 Secrezioni uretrali (senza minzione)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	10 Temperatura corporea elevata (brividi/febbre, si prega di indicare se misurato)	<input type="checkbox"/> No <i>< 37,6 C°</i>	<input type="checkbox"/> Sì, lieve <i>37,6 - 37,9 C°</i>	<input type="checkbox"/> Sì, moderato <i>38,0 - 38,9 C°</i>	<input type="checkbox"/> Sì, grave <i>39,9 C°</i>
Somma del punteggio "Differenziali" = ____ punti					
Qualità della vita	11 Prego dare un punteggio complessivo su quanto i sintomi precedentemente menzionati ti hanno infastidita nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)	<input type="checkbox"/> 0 Nessun fastidio avvertito (<i>nessun sintomo, stata bene come al solito</i>) <input type="checkbox"/> 1 Sensazione di fastidio lieve (<i>sensazione di qualcosa di peggiore rispetto al solito</i>) <input type="checkbox"/> 2 Sensazione di fastidio moderato (<i>sensazione abbastanza cattiva</i>) <input type="checkbox"/> 3 Sensazione di fastidio estremo (<i>sensazione terribile</i>)			
	12 Prego dare un punteggio complessivo su quanto i sintomi precedentemente menzionati ti hanno infastidita nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)	<input type="checkbox"/> 0 Nessuna variazione (<i>attività quotidiane svolte normalmente</i>) <input type="checkbox"/> 1 Alterate lievemente (<i>sensazione di qualcosa di peggiore rispetto al solito</i>) <input type="checkbox"/> 2 Alterate moderatamente (<i>attività quotidiane svolte con sforzo significativo</i>) <input type="checkbox"/> 3 Alterate fortemente (<i>attività quotidiane pressochè impossibili da svolgere</i>)			
	13 Indicare quanto le tue attività sociali sono state influenzate dai sintomi precedentemente menzionati nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)	<input type="checkbox"/> 0 Nessuna modifica (<i>attività sociali svolte normalmente</i>) <input type="checkbox"/> 1 Alterate lievemente (<i>impossibilità di svolgere qualche attività sociale</i>) <input type="checkbox"/> 2 Alterate moderatamente (<i>capacità di svolgere solo qualche attività sociale</i>) <input type="checkbox"/> 3 Alterate estremamente (<i>impossibilità di svolgere nessuna attività sociale - i sintomi mi tengono "prigioniera" in casa</i>)			
Somma del punteggio "Qualità della vita" = ____ punti					
Addizionale	14 Indicare se oggi hai avuto una delle seguenti condizioni				
	Mestruazioni?			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
	Sintomi premestruali?			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
	Sintomi della menopausa?			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì
	Sei incinta? Hai il diabete mellito?			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì

QUESTIONARIO ACSS (ACUTE CYSTITIS SYMPTOM SCORE)

Controllo e monitoraggio della gravità dei sintomi della cistite acuta non complicata.

Prego indicare se hai provato qualche cambiamento nei tuoi sintomi da quando hai compilato la prima parte di questo questionario (dare una sola risposta)						
Dinamici	<input type="checkbox"/>	0 Minzione frequente di piccole quantità di urina (necessità di andare al bagno molto spesso)				
	<input type="checkbox"/>	1 Ora mi sento molto meglio (desiderio intenso e incontrollabile di urinare)				
	<input type="checkbox"/>	2 Ora mi sento un po' meglio (la maggioranza dei sintomi sono ancora presenti)				
	<input type="checkbox"/>	3 Nessun cambiamento ora, mi sento pressoché uguale (nessun cambiamento dei sintomi)				
	<input type="checkbox"/>	4 Ora mi sento peggio (la mia condizione è peggiorata)				
Prego indicare se hai presentato uno dei seguenti sintomi nelle ultime 24 ore e quanto sono stati intensi (segnare una sola risposta per ogni sintomo)						
			0	1	2	3
Tipici sintomi	1	Minzione frequente di piccole quantità di urina (necessità di andare al bagno molto spesso)	<input type="checkbox"/> No <small>4 o meno volte al giorno</small>	<input type="checkbox"/> Sì, lieve <small>5/6 volte al giorno</small>	<input type="checkbox"/> Sì, moderato <small>7/8 volte al giorno</small>	<input type="checkbox"/> Sì, grave <small>9/10 o più volte al giorno</small>
	2	Minzione urgente (desiderio intenso e incontrollabile di urinare)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	3	Sensazione di dolore o bruciore durante la minzione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	4	Svuotamento vescicale incompleto dopo la minzione	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	5	Dolore o pressione fastidiosa nella parte bassa dell'addome (area sovrapubica)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	6	Sangue visibile nelle urine	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
Somma del punteggio "Tipici sintomi" = ____ punti						
Differenziali	7	Dolore lombare (parte bassa della schiena)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	8	Secrezioni vaginali (soprattutto al mattino)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	9	Secrezioni uretrali (senza minzione)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì, lieve	<input type="checkbox"/> Sì, moderato	<input type="checkbox"/> Sì, grave
	10	Temperatura corporea elevata (brividi/febbre, si prega di indicare se misurato)	<input type="checkbox"/> No <small>< 37,6 C°</small>	<input type="checkbox"/> Sì, lieve <small>37,6 - 37,9 C°</small>	<input type="checkbox"/> Sì, moderato <small>38,0 - 38,9 C°</small>	<input type="checkbox"/> Sì, grave <small>39,9 C°</small>
Somma del punteggio "Differenziali" = ____ punti						
Qualità della vita	11	Prego dare un punteggio complessivo su quanto i sintomi precedentemente menzionati ti hanno infastidita nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)				
		<input type="checkbox"/> 0 Nessun fastidio avvertito (nessun sintomo, stata bene come al solito)				
		<input type="checkbox"/> 1 Sensazione di fastidio lieve (sensazione di qualcosa di peggiore rispetto al solito)				
	<input type="checkbox"/> 2 Sensazione di fastidio moderato (sensazione abbastanza cattiva)					
	<input type="checkbox"/> 3 Sensazione di fastidio estremo (sensazione terribile)					
12	Prego dare un punteggio complessivo su quanto i sintomi precedentemente menzionati ti hanno infastidita nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)					
	<input type="checkbox"/> 0 Nessuna variazione (attività quotidiane svolte normalmente)					
	<input type="checkbox"/> 1 Alterate lievemente (sensazione di qualcosa di peggiore rispetto al solito)					
	<input type="checkbox"/> 2 Alterate moderatamente (attività quotidiane svolte con sforzo significativo)					
	<input type="checkbox"/> 3 Alterate fortemente (attività quotidiane pressoché impossibili da svolgere)					
13	Prego scegliere il numero che maggiormente descrive quanto il tuo normale lavoro/attività quotidiane sono influenzate dai tuoi sintomi, sopra menzionati, nelle ultime 24 ore (segnare una sola risposta)					
	<input type="checkbox"/> 0 Nessuna modifica (attività sociali svolte normalmente)					
	<input type="checkbox"/> 1 Alterate lievemente (impossibilità di svolgere qualche attività sociale)					
	<input type="checkbox"/> 2 Alterate moderatamente (capacità di svolgere solo qualche attività sociale)					
	<input type="checkbox"/> 3 Alterate estremamente (impossibilità di svolgere nessuna attività sociale - i sintomi mi tengono "prigioniera" in casa)					
Somma del punteggio "Qualità della vita" = ____ punti						
Addizionale	14	Indicare se oggi hai avuto una delle seguenti condizioni				
		Mestruazioni?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì		
		Sintomi premestruali?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì		
		Sintomi della menopausa?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì		
		Sei incinta?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì		
		Hai il diabete mellito?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì		