

Score NIH CPSI - Chronic Prostatitis Symptom Index

DOULEUR OU GÊNE

1. Au cours de la semaine dernière, avez-vous ressenti une douleur ou une gêne dans les zones suivantes ? (entourez votre réponse)
 - a. Zone entre l'anus et le scrotum - Oui (1) Non (0)
 - b. Testicules ou scrotum - Oui (1) Non (0)
 - c. Extrémité du pénis (non liée au passage de l'urine) - Oui (1) Non (0)
 - d. En dessous de la taille, dans la région pubienne ou la vessie - Oui (1) Non (0)
2. Au cours de la semaine dernière, avez-vous ressenti les symptômes suivants ? (entourez votre réponse)
 - a. Douleur ou brûlure pendant la miction - Oui (1) Non (0)
 - b. Douleur ou gêne pendant/après l'éjaculation - Oui (1) Non (0)
3. À quelle fréquence avez-vous ressenti une douleur ou une gêne sévère dans l'une des zones ci-dessus au cours de la dernière semaine ? (entourez votre réponse)
 - (0) Jamais
 - (1) Rarement
 - (2) Parfois
 - (3) Souvent
 - (4) Habituellement
 - (5) Toujours
4. Quel nombre décrit le mieux votre douleur ou gêne moyenne les jours où vous en avez eu, au cours de la dernière semaine ? 0 = aucune douleur, 10 = douleur aussi intense que vous pouvez imaginer (entourez votre réponse).
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

MICTION

5. À quelle fréquence avez-vous eu la sensation de ne pas vider complètement votre vessie après avoir terminé d'uriner, au cours de la dernière semaine ? (entourez votre réponse)
 - (0) Pas du tout
 - (1) Moins de 1 fois sur 5
 - (2) Moins de la moitié du temps
 - (3) Environ la moitié du temps
 - (4) Plus de la moitié du temps
 - (5) Presque toujours
6. À quelle fréquence avez-vous dû à nouveau uriner moins de deux heures après avoir fini d'uriner, au cours de la dernière semaine ? (entourez votre réponse)
 - (0) Pas du tout
 - (1) Moins de 1 fois sur 5
 - (2) Moins de la moitié du temps
 - (3) Environ la moitié du temps
 - (4) Plus de la moitié du temps
 - (5) Presque toujours

IMPACT DES SYMPTÔMES

7. Dans quelle mesure vos symptômes vous ont-ils empêché de faire le genre de choses que vous feriez habituellement au cours de la semaine dernière ? (entourez votre réponse)
 - (0) Jamais
 - (1) Un peu
 - (2) Souvent
 - (3) Beaucoup
8. Dans quelle mesure avez-vous pensé à vos symptômes au cours de la semaine dernière ? (entourez votre réponse)
 - (0) Jamais
 - (1) Un peu
 - (2) Souvent
 - (3) Beaucoup

QUALITÉ DE VIE

9. Si vous deviez passer le reste de votre vie avec vos symptômes tels qu'ils ont été au cours de la dernière semaine, comment vous sentiriez-vous à ce sujet ? (entourez votre réponse)
 - (0) Ravi
 - (1) Satisfait
 - (2) Assez satisfait
 - (3) Mitigé
 - (4) Plutôt insatisfait
 - (5) Malheureux
 - (6) Terrible

- Douleur : $1a + 1b + 1c + 1d + 2a + 2b + 3 + 4 =$
- Symptômes urinaires : $5 + 6 =$
- Impact sur la qualité de vie : $7 + 8 + 9 =$