

Cuestionario de síntomas intestinales

Nombre:

Fecha:

Médico:

¿Cuáles síntomas lo describen mejor? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Escape o pérdida fecal accidental: algunas veces no llega a tiempo al baño

Accidentes intestinales imprevistos, sin aviso o durante el sueño

Heces blandas y acuosas frecuentes

Necesidad imperiosa y súbita de ir al baño

Accidentes intestinales al expulsar gases

No tiene problemas de incontinencia fecal (si lo marca, no continúe el cuestionario)

¿Por cuánto tiempo ha tenido estos síntomas?

¿Aproximadamente cuántos accidentes de incontinencia fecal tiene por semana?

¿Ha tomado medicamentos para que le ayuden con los síntomas? Sí No

En una escala de 0 a 10, siendo el 0 "ningún alivio de los síntomas" y 10 "alivio completo de los síntomas", ¿cuánto alivio de los síntomas le han proporcionado estos medicamentos? Seleccione un número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Ningún alivio</i>					<i>Alivio completo de los síntomas</i>					

¿Ha intentado modificar algunas conductas en su vida cotidiana?

(por ejemplo, cambios en el estilo de vida, fibra, cambios en la dieta, terapia física)

En una escala de 0 a 10, siendo el 0 "Ninguna frustración" y el 10 "Extremadamente frustrado", ¿cuál es su nivel de frustración con sus síntomas de incontinencia fecal? Seleccione un número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>No estoy frustrado</i>					<i>Estoy muy frustrado</i>					

¿Le interesa enterarse más acerca de las alternativas adicionales a los medicamentos de tratamiento de la incontinencia fecal?

Sí No