

Nama Pasien :

No. Reg Pasien :

Umur :

Tgl. Periksa :

	Gejala Kencing	Tidak pernah	Kurang dari 1 x sehari	Kurang dari setengah	Kedang-hadang (2-30%)	Lebih dari setengah	Hampir selalu	SKOR
		0	1	2	3	4	5	
1	Selama 1 bulan terakhir, seberapa sering Anda merasa tidak lampias saat selesai berkemih ?							
2	Selama 1 bulan terakhir, seberapa sering Anda harus kembali kencing dalam waktu kurang dari 2 jam setelah kencing terakhir ?							
3	Selama 1 bulan terakhir, seberapa sering Anda mendapatkan bahwa Anda kencing terputus-putus ?							
4	Selama 1 bulan terakhir, seberapa sering Anda bahwa Anda sulit menahan kencing ?							
5	Selama 1 bulan terakhir, seberapa sering pancaran kencing Anda lemah?							
6	Selama 1 bulan terakhir, seberapa sering Anda harus memaksa atau keram saat mau mulai kencing ?							
7	Selama 1 bulan terakhir, seberapa sering Anda harus bangun untuk kencing sejak mulai tidur pada malam hari sampai bangun di pagi hari ?							
TOTAL UNTUK GEJALA KENCING								
	Kualitas Hidup	Senang sekali	Senang	Pada umumnya puas	Angka puas & tidak puas	Pada umumnya tidak puas	Tidak senang	Buruk sekali
		0	1	2	3	4	5	6
8	Jika anda menghabiskan waktu hidup anda dengan gangguan kencing yang anda alami sekarang, bagaimana perasaan anda tentang hal tersebut ?							
TOTAL UNTUK KUALITAS HIDUP								
TOTAL SKOR								

IPSS	Keparahan Gejala	Keterangan Gejala
0 - 7	Ringan	Sedikit gangguan, seperti rendahnya sisa dan pancaran volume urin
8 - 19	Sedang	Beberapa gangguan seperti, menurunnya pancaran dan tingginya sisa volume urin tetapi tidak ada tanda-tanda komplikasi
> 20	Berat	Komplikasi obstruksi