

Pytania dotyczące ostatniego miesiąca	Nigdy	Mniej niż 1 na 5 razy	Mniej niż połowa	Okolo połowa	Więcej niż połowa	Prawie zawsze	WYNIK
Jak często miał Pan uczucie niecałkowitego opróżnienia pęcherza po oddaniu moczu?	0	1	2	3	4	5	
Jak często musiał Pan oddawać mocz ponownie w czasie krótszym niż dwie godziny po jego uprzednim oddaniu?	0	1	2	3	4	5	
Jak często zaobserwował Pan przerywany strumień moczu (zacinanie się)?	0	1	2	3	4	5	
Jak często miał Pan uczucie nagłej konieczności oddania moczu?	0	1	2	3	4	5	
Jak często obserwował Pan słaby strumień moczu?	0	1	2	3	4	5	
Jak często musiał Pan wysilać się (przeć) aby rozpocząć oddawanie moczu?	0	1	2	3	4	5	
Ile razy w ciągu nocy (średnio) musiał Pan wstawać, aby oddać mocz?	0	1	2	3	4	5	
TWÓJ WYNIK IPSS							

0-7 - OBJAWY ŁAGODNE

8-19 – OBJAWY UMIARKOWANE

20-35 - OBJAWY CIĘŻKIE