

Unterlagen zur Patientenbefragung

Prostatakarzinomzentrum
Klinikum Dortmund

Kontinenz*

1. Wie oft kommt es bei Ihnen zu unwillkürlichem Urinverlust?

- Nie (0)
- 1x pro Woche oder seltener (1)
- Zwei- bis dreimal pro Woche (2)
- Einmal täglich (3)
- Mehrmals täglich (4)
- Ständig (5)

2. Wie hoch ist der Urinverlust?

- Kein Urinverlust (0)
- Eine geringe Menge (2)
- Eine mittelgroße Menge (4)
- Eine große Menge (6)

3. Wie stark ist Ihr Leben durch den Urinverlust beeinträchtigt?

- (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
 gar nicht stark

ICIQ-Summen-Score (1+2+3)*:

Maximale Punktzahl:

21

Keine Inkontinenz		0
Leichte Inkontinenz	bis	1-5
Mäßige Inkontinenz	bis	6-10
Starke Inkontinenz	≥	11

* basierend auf Abrams P, Avery K, Gardener N, Donovan J; ICIQ Advisory Board. The International Consultation on Incontinence Modular Questionnaire: www.iciq.net. J Urol 2006.

Erektion (nach IIEF-5-Score)

Für jede Frage sind mehrere Antworten vorgegeben, aus denen Sie bitte diejenige auswählen, die auf Sie am ehesten zutrifft. Bitte geben Sie bei jeder Frage jeweils nur eine Antwort.

1. Wie würden Sie Ihre Zuversicht einschätzen, eine Erektion zu bekommen und zu halten?

- | | | | |
|-------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| Sehr groß | <input type="checkbox"/> (5) | Niedrig | <input type="checkbox"/> (2) |
| Groß | <input type="checkbox"/> (4) | Sehr niedrig oder nicht vorhanden | <input type="checkbox"/> (1) |
| Mittelmäßig | <input type="checkbox"/> (3) | | |

2. Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug für eine Penetration?

- | | | | |
|--|------------------------------|---|------------------------------|
| Keine sexuelle Stimulation | <input type="checkbox"/> (0) | Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | <input type="checkbox"/> (3) |
| Fast immer oder immer | <input type="checkbox"/> (5) | Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit) | <input type="checkbox"/> (2) |
| Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit) | <input type="checkbox"/> (4) | Fast nie oder nie | <input type="checkbox"/> (1) |

3. Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr in der Lage, Ihre Erektion aufrecht zu erhalten, nachdem Sie Ihre Partnerin penetriert hatten (in sie eingedrungen waren)?

- | | | | |
|--|------------------------------|---|------------------------------|
| keinen Geschlechtsverkehr versucht | <input type="checkbox"/> (0) | Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | <input type="checkbox"/> (3) |
| Fast immer oder immer | <input type="checkbox"/> (5) | Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit) | <input type="checkbox"/> (2) |
| Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit) | <input type="checkbox"/> (4) | Fast nie oder nie | <input type="checkbox"/> (1) |

4. Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr Ihre Erektion bis zur Vollendung des Geschlechtsverkehrs aufrecht zu erhalten?

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------------|
| keinen Geschlechtsverkehr versucht | <input type="checkbox"/> (0) | Schwierig | <input type="checkbox"/> (3) |
| Äußerst schwierig | <input type="checkbox"/> (1) | Ein bisschen schwierig | <input type="checkbox"/> (4) |
| Sehr schwierig | <input type="checkbox"/> (2) | Nicht schwierig | <input type="checkbox"/> (5) |

5. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?

- | | | | |
|--|------------------------------|---|------------------------------|
| keinen Geschlechtsverkehr versucht | <input type="checkbox"/> (0) | Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | <input type="checkbox"/> (3) |
| Fast immer oder immer | <input type="checkbox"/> (5) | Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit) | <input type="checkbox"/> (2) |
| Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit) | <input type="checkbox"/> (4) | Fast nie oder nie | <input type="checkbox"/> (1) |

Einwilligung

Datum, Ort

Unterschrift Patient

Fragebogen EERPE

Name: _____ Alter: _____ Datum der Prostataoperation: _____
Heutiges Datum: _____

1. Wie oft müssen Sie während des Tages Urin lassen?

- jede Stunde alle 2 Stunden alle 3 Stunden noch seltener

2. Wie oft müssen Sie während der Nacht Urin lassen?

- 0 - 1 mal 2 – 4 mal 5 – 7 mal mehr als 7 mal

3. Kommt es bei Ihnen zu ungewolltem Urinabgang?

- nie manchmal jeden Tag mehrmals täglich

4. Wie groß sind jeweils die Urinmengen beim Einnässen?

- nur wenige Tropfen Wäsche wird feucht Wäsche wird nass

5. Bei welcher Gelegenheit kommt es zu ungewolltem Urinabgang?

- beim Husten, Niesen oder Lachen beim Sport bei Aufregung
 beim Heben schwerer Lasten ohne jeden Anlaß im Schlaf

6. Müssen Sie sofort zur Toilette gehen, wenn Sie Harndrang verspüren?

- ja, sofort oft erreiche ich die Toilette nicht mehr rechtzeitig
 möglichst bald, innerhalb von 10 min ich kann auch länger warten

7. Kommt es vor, dass Sie plötzlichen Harndrang verspüren und gleich darauf Urin verlieren, ohne es verhindern zu können?

- nein selten oft

8. Spüren Sie Schmerzen/Brennen beim Wasserlassen? ja nein manchmal

9. Können Sie den Harnstrahl unterbrechen? ja nein

10. Benutzen Sie Vorlagen/Binden?

- nein ja, Anzahl pro Tag: _____ ja, Anzahl pro Nacht: _____

11. Ist bei Ihnen noch eine Erektion möglich?

- ja, ohne Medikamente nein, auch nicht mit Medikamenten
 ja, mit Medikamenten (z.B. Viagra, MUSE, Autoinjektion) ja, mit anderen Hilfsmitteln (z.B. Pumpe)

12. Haben Sie eine morgendliche Erektion? ja nein

13. Ist die Erektion für den Geschlechtsverkehr ausreichend? ja nein

Letzter PSA-Wert: _____ Datum: _____

Postoperative Bestrahlung oder Hormontherapie?

Postoperative Komplikationen (Lymphozelen, Thrombosen, Harnverhalte, Strikturen u.a.):