

NIH CHRONIC PROSTATITIS SYMPTOM INDEX (NIH-CPSI) (deutsche Version)

Schmerzen oder Beschwerden

1. Haben Sie in der letzten Woche in den folgenden Körperbereichen irgendwelche Schmerzen oder Beschwerden verspürt?

- | | Ja | Nein |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Bereich zwischen Mastdarm und Hoden (Damm) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| b. Hoden | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| c. An der Spitze des Penis (nicht in Verbindung mit Wasserlassen) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| d. Unterhalb der Gürtellinie, im Scham- oder Blasenbereich | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

2. Haben Sie letzten Woche:

- | | Ja | Nein |
|---|----------------------------|----------------------------|
| a. Schmerzen oder ein brennendes Gefühl beim Wasserlassen verspürt? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |
| b. Schmerzen oder Beschwerden während oder nach dem sexuellen Höhepunkt (Ejakulation) verspürt? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 |

3. Wie oft haben Sie in der letzten Woche Schmerzen oder Beschwerden in einem oder mehreren dieser Bereiche verspürt?

- 0 nie
- 1 selten
- 2 manchmal
- 3 oft
- 4 fast immer
- 5 immer

4. Welche Zahl beschreibt am besten Ihre DURCHSCHNITTLICHEN Schmerzen oder Beschwerden an den Tagen, an denen Sie diese während der letzten Woche verspürten?

- | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 | <input type="checkbox"/> 10 |
| keine Schmerzen | | | | | am schlimmsten vorstellbare Schmerzen | | | | | |

Wasserlassen

5. Wie oft haben Sie in der letzten Woche nach dem Wasserlassen das Gefühl gehabt, dass Ihre Blase nicht vollständig entleert ist?

- 0 überhaupt nicht
- 1 weniger als einmal von 5
- 2 weniger als bei der Hälfte
- 3 ungefähr bei der Hälfte
- 4 mehr als bei der Hälfte
- 5 fast immer

6. Wie oft mussten Sie in der letzten Woche innerhalb von 2 Stunden erneut Wasserlassen?

- 0 überhaupt nicht
- 1 weniger als einmal von 5
- 2 weniger als bei der Hälfte
- 3 ungefähr bei der Hälfte
- 4 mehr als bei der Hälfte
- 5 fast immer

Auswirkung der Symptome

7. Wie sehr haben Ihre Beschwerden Sie Während der letzten Woche von Ihren üblichen Aktivitäten abgehalten?

- 0 überhaupt nicht
- 1 nur wenig
- 2 etwas
- 3 viel

8. Wie viel haben Sie während der letzten Woche über Ihre Beschwerden nachgedacht?

- 0 überhaupt nicht
- 1 nur wenig
- 2 etwas
- 3 viel

Lebensqualität

9. Wie würden Sie sich fühlen, wenn Sie den Rest Ihres Lebens mit genau den Beschwerden verbringen müssten, die Sie während der letzten Woche verspürt haben?

- 0 begeistert
- 1 erfreut
- 2 überwiegend zufrieden
- 3 gemischt (ungefähr gleichmäßig zufrieden und unzufrieden)
- 4 überwiegend unzufrieden
- 5 unglücklich
- 6 schrecklich

Auswertung der Bereiche des NIH-CPSI

Schmerzen:

Gesamtpunktzahl der Nummern 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3 und 4 = _____

Harnsymptome:

Gesamtpunktzahl der Nummern 5 und 6 = _____

Auswirkung auf die Lebensqualität:

Gesamtpunktzahl der Nummern 7, 8 und 9 = _____