

QUESTIONARIO PER PAZIENTI AFFETTI DA INCONTINENZA FECALE CRONICA

DA COMPILARSI A CURA DEL PAZIENTE O DEL CAREGIVER

Cognome e nome _____

nato/a il _____ Codice Fiscale _____

QUESTIONARIO PER VALUTARE IL LIVELLO DI INCONTINENZA FECALE (Wexner-CCS)

tipo di incontinenza \ frequenza	mai	<1/mese	>1mese <1/mese	>1/sett <1/die	>1/die
feci solide	0	1	2	3	4
feci liquide	0	1	2	3	4
gas intestinali	0	1	2	3	4
uso di pannoloni	0	1	2	3	4
alterazione attività quotidiane	0	1	2	3	4

Luogo, data _____

Firma

DA COMPILARSI A CURA DEL MEDICO PRESCRITTORE

Wexner-CCS (ottenuto sommando i singoli punteggi)

nessuna 0
 lieve 1 - 5
 moderata 6 - 10
 grave 11 - 15
 gravissima 16 - 20

Indicare il questionario utilizzato per misurare l'impatto della patologia sulla qualità della vita del paziente: _____

NOTE: _____

Luogo, data _____

Timbro e firma del medico
